Dr. Wucherer
with the author's Compts.

THESE

DO

Dr. ALEXANDRE PATERSON.

1868

DISSERTAÇÃO

SOBRE A

OVARIOTOMIA E AS MOLESTIAS PARA ALLIVIO OU CURA DAS QUAES ESTA OPERAÇÃO É MAIS PARTICULARMENTE ADAPTADA

THESE

APRESENTADA E SUSTENTADA

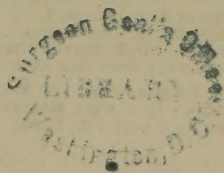
PARA VERIFICAÇÃO DE TITULO

PERANTE

A FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

EM MAIO DE 1868

POR

ALEXANDER PATERSON, A. M., M. B., C. M., L. M., M. R. C. S. E.

BAHIA

TYPOGRAPHIA DE TOURINHO & COMP.

Rua Nova do Commercio n.° 11.

1868

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA.

DIRECTOR

O Ex.mo Snr. Conselheiro Dr. João Baptista dos Anjos.

VICE-DIRECTOR

O Ex.mo Snr. Conselheiro Dr. Vicente Ferreira de Magalhães.

LENTES PROPRIETARIOS.

OS SRS. DOUTORES	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.º ANNO.
Cons. Vicente Ferreira de Magalhães	Physica em geral, e particularmente em suas applicações á Medicina.
Francisco Rodrigues da Silva	Chimica e Mineralogia.
Adriano Alves de Lima Gordilho	Anatomia descriptiva.
	2.º ANNO.
Antonio de Cerqueira Pinto	Chimica organica.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
Antonio Mariano do Bomfim	Botanica e Zoologia.
Adriano Alves de Lima Gordilho	Repetição de Anatomia descriptiva.
	3.º ANNO.
Cons. Elias José Pedroza	Anatomia geral e pathologica.
José de Góes Sequeira	Pathologia geral.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
	4.º ANNO.
Cons. Manoel Ladisláo Aranha Dantas	Pathologia externa.
. . . .	Pathologia interna.
Mathias Moreira Sampaio	Partos, molestias de mulheres pejadas e de meninos recemnascidos.
	5.º ANNO.
. . . .	Continuação de Pathologia interna.
Joaquim Antonio d'Oliveira Botelho	Materia medica e therapeutica.
José Antonio de Freitas	Anatomia topographica, Medicina operatoria, e apparelhos.
	6.º ANNO.
. . . .	Pharmacia.
Salustiano Ferreira Souto	Medicina legal.
Domingos Rodrigues Seixas	Hygiene, e Historia da Medicina.
. . . .	Clinica externa do 3.º e 4.º anno.
Antonio Januario de Faria	Clinica interna do 5.º e 6.º anno.

OPPOSITORES.

Rozendo Aprigio Pereira Guimarães.	Secção Accessoria.
Ignacio José da Cunha.	
Pedro Ribeiro de Araujo.	
José Ignacio de Barros Pimentel.	
Virgilio Clymaco Damazio	
José Affonso Paraizo de Moura.	Secção Cirurgica.
Augusto Gonçalves Martins.	
Domingos Carlos da Silva.	
. . . .	
. . . .	
Demetrio Cyriaco Tourinho	Secção Medica.
Luiz Alvares dos Santos	
João Pedro da Cunha Valle	
. . . .	
. . . .	

SECRETARIO.

O Sr. Dr. Cincinnato Pinto da Silva.

OFFICIAL DA SECRETARIA

O Sr. Dr. Thomaz d'Aquino Gaspar.

A Faculdade não approva, nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

PREFACIO

Escolhi para assumpto d'esta these a ovariotomia, e as molestias para allivio ou cura das quaes esta operação é mais particularmente adaptada, na esperança de que o interesse inherente ás questões aqui discutidas compense, de alguma sorte, o imperfeito desempenho que poude dar-lhe quem, á mingua de experiencia propria, não tem a pretenção de accrescentar cousa nova em qualquer dos ramos da sciencia medica, e é obrigado a contentar-se com recapitular aquillo que outros já disseram muito melhor, e que é, sem duvida, muito mais familiar áquelles que tiverem de ler este resumo, do que ao proprio author.

Darei primeiro um curto esboço da anatomia e physiologia do ovario, e da pathologia geral e therapeutica dos kystos ovaricos. Tratarei depois de algumas das molestias para as quaes é principalmente aconselhada a ovariotomia, da comparação d'este meio operatorio com os outros modos de tratamento que teem sido propostos, e dos casos mais appropriados para cada um; e, finalmente, da historia da operação e modo de a praticar, dos seus perigos, difficuldades, causas de maus resultados e meios de os evitar, assim como do tratamento após a sua execução.

DISSERTAÇÃO

SOBRE A

OVARIOTOMIA E AS MOLESTIAS PARA ALLIVIO OU CURA DAS QUAES ESTA OPERAÇÃO É MAIS PARTICULARMENTE ADAPTADA.

Anatomia dos ovarios.

FORMA DOS OVARIOS. Os ovarios constituem duas glandulas folliculares perfeitamente fechadas, providas cada uma de um ducto (a trompa de Fallopio). Desenvolvem-se unicamente depois de estabelecida a puberdade. São ovaes, achatados lateralmente. A sua superficie anterior é menos extensa e mais convexa do que a posterior, a qual é geralmente arredondada e gibosa, de tal sorte que por um exame attento se póde distinguir o ovario direito do esquerdo. A extremidade externa é arredondada e bulbosa, ao passo que a interna se vae gradualmente attenuando até confundir-se com o ligamento que o prende ao utero. O bordo superior é convexo, e fórma um segmento de circulo cujo diametro vae em continua diminuição com o correr da edade. O bordo inferior é direito ou ligeiramente concavo, e constitue a base do ovario, ou a linha que o prende á dobra posterior do ligamento largo.

DIMENSÕES E PESO. O ovario de uma mulher adulta e sadia tem de 1 a 2 pollegadas de comprimento, de 6 a 12 linhas de espessura ou diametro perpendicular, e de 3 a 6 linhas de largura ou diametro transversal; mas é sugeito a variar de volume e de configuração nas diversas epochas da vida. Outro me-

thodo, e mais exacto, de avaliar o volume do ovario consiste em pe-sal-o. Os seguintes são os pesos extremos e medios de 5 ovarios extrahidos de mulheres adultas e sadias, a saber: maximo peso 135 grãos, minimo 60 grãos, e o medio (dos 5) 87 grãos.

Posição e relações. É tão intima a relação dos ovarios com o utero que pode dizer-se não terem elles posição fixa. Estão ordinariamente situados mais ou menos profundamente na parte lateral e posterior da cavidade da bacia, por detraz dos intestinos delgados, e cobertos em parte pelas trompas de Fallopio, cada uma do lado respectivo. Em relação ao utero, os ovarios estão collocados aos lados d'este orgão, cada qual a uma distancia que varia de 4 a 18 linhas, e atraz e um tanto abaixo do nivel da entrada das trompas de Fallopio. Ambos elles são cobertos por uma folha de peritoneu derivada da lamina posterior do ligamento largo, ao qual ficam assim ligados por uma especie de mesenterio. Alem d'estas relações indirectas com o utero, a favor da intervenção dos ligamentos largos, os ovarios prendem-se ainda a elle mais directamente pelo seu proprio ligamento *(ligamentum ovarii)*, o qual serve para unil-os mais solidamente ao utero. Alem d'isso prendem-se ainda, pela sua extremidade externa, ás aberturas das trompas de Fallopio por um dos prolongamentos do seu pavilhão, o qual serve para manter o orgão na proxima visinhança de seu canal excretorio. A distancia entre o ovario e o utero varia muito em mulheres diversas, e até nos dous lados n'uma mesma mulher. O direito, segundo o Dr. Arthur Farre, é mais afastado do que o esquerdo na proporção de 9 para 12 casos. A posição dos ovarios muda frequentes vezes durante prenhez. Á proporção que o utero se expande leva-os comsigo para a cavidade abdominal, levantando-se tambem o fundo d'aquelle orgão até alem do nivel d'elles, que se vão tambem fixando cada vez mais aos lados do utero, até que, no termo da gravidez, vem elles a ficar abaixo do centro d'esta entranha.

Partes componentes. O ovario compoem-se: 1º de partes protectoras ou tunicas; 2º de parenchyma ou stroma, no qual se acham encorporadas, 3º as partes secretorias propriamente ditas, em forma de sacos fechados ou vesiculas, contendo os ovulos; 4º os vasos e os nervos.

1.º *Partes protectoras ou tunicas;* são em numero de duas, e correspondem exactamente, assim em estructura como em origem, ao analogo envoltorio do testiculo. A *cobertura peritoneal* constitue a mais externa d'estas tunicas, e consta da folha de peritoneu derivada da lamina posterior do ligamento largo, o qual serve para prender o ovario ás partes adjacentes. Excepto na sua base, o ovario é intimamente revestido por esta lamina peritoneal, que nenhuma diligencia com o escalpelo pode separar da tunica subjacente.

Esta estreita união das duas tunicas interrompe-se, comtudo, na base do ovario, onde uma linha branca irregular, e um tanto levantada, se nota de um e de outro lado, seguindo a direcção horisontal, subindo mais na superficie anterior da glandula do que na posterior. Na sua estructura intima esta cobertura não se differença de modo algum do peritoneu que forra as demais visceras. A *tunica albuginea,* ou *tunica propria,* constitue a cobertura especial ou propria do ovario. Serve para dar forma e solidez ao orgão, e para proteger os ovulos e as vesiculas contra as violencias. Tem a espessura quasi uniforme de $^1/_3$ de linha, e forma um envoltorio completo ao ovario, excepto no seu bordo inferior, onde as fibras estão menos densamente dispostas e entrelaçadas, ou faltam inteiramente, deixando um espaço longitudinal denominado o *hilo* ou *fenda vascular,* pela qual entram no orgão os vasos e os nervos. Este espaço é de 3 a 4 linhas de largura, e corre ao longo de toda a base do ovario.

Esta tunica é de côr alva clara, e de consistencia rija, quasi cartilaginosa. Examinando-se um fragmento d'ella com o microscopio, veem-se-lhe nas margens numerosas fibras de tecido connexivo desenvolvido, basta e irregularmente dispostas, emmergentes de uma substancia-mãe, densa, amorpha, semeada de granulações que servem para ligar as fibras entre si, e ás quaes parece devida, em grande parte, a rijeza peculiar d'esta membrana, entretanto que a sua brancura se explica pelo muito menor numero de vasos que ella contem, em comparação do parenchyma geral do ovario.

2.º *O parenchyma ou stroma* constitue o tecido proprio do ovario. Está situado immediatamente por baixo da tunica albuginea, e enche todo o espaço intermediario entre as vesiculas, ás quaes serve de cama, e de protecção aos ovulos, prestando-se a levar o sangue ás vesiculas. Este tecido é algumas vezes de um vermelho desmaiado, mas tem geralmente uma cor vermelha viva por causa do avultado numero de vasos sanguineos que contem, cuja distribuição procedendo de dentro, e irradiando-se em todas as direcções, dá a este tecido, quando examinado a vista desarmada, ou a favor de uma lente ordinaria, apparencias de ser formado em feixes ou laminas. O microscopio mostra, entretanto, ser a sua verdadeira estructura composta principalmente de vasos sanguineos, aos quaes é devida uma grande parte da sua resistencia e flexibilidade, sendo os espaços intermediarios occupados por uma substancia fibrosa não separavel em feixes, como o tecido connexivo ordinario, não tendo disposição fibrillar distincta, e tendo por principaes elementos simples fibras brancas de tecido connexivo ordinario, numerosas fibras embryonarias fusiformes, e cellulas ellipticas e redondas ou granulações, tudo coherente e solidamente unido.

3.° *As vesiculas de Graaf*, as quaes, sem entrar nas variadas differenças de opinião a que ellas teem dado logar, eu posso aqui descrever simplesmente como de forma espherica, não tendo sido sugeitas a pressão, e consistindo em certas tunicas e conteúdos. Nas creanças e nas pessoas moças as vesiculas são encontradas unicamente na circumferencia ou peripheria do orgão, onde formam uma crosta espessa, sendo o interior d'este occupado unicamente por vasos sanguineos e stroma. Mas depois da puberdade torna-se menos pronunciada esta distincção entre uma parte cortical e outra central, e as vesiculas encontram-se por toda a glandula, posto que sempre em maior numero na circumferencia. O numero de vesiculas desenvolvidas, perceptiveis á vista desarmada, varia muito segundo os individuos. Pensava-se ainda até ha pouco tempo que o seu numero se limitava a 12 ou 20 em cada ovario, e que, quando exhaustas por gestações ou abortos, cessava a faculdade de procrear. Hoje, porem, é demonstrado que em orgãos sãos elle sobe a 30, 50, 100 e até 200, entretanto que em meninas de mui terna idade o seu numero passa alem de todo e qualquer calculo. Consiste a vesicula, não fallando senão d'aquellas tunicas em que se manifestam mudanças de estructura, ou de relações durante as phases de desenvolvimento e decadencia que ella soffre, em uma tunica fibrosa externa vascular, chamada a tunica da vesicula, *tunica fibrosa*, ou *theca folliculi;* outra interna que é a propria vesicula, e mais uma terceira chamada *tunica granulosa*, immediatamente por fora do ovulo, e formada simplesmente por um aggregado mais denso das granulações circumvisinhas.

4.° O OVARIO DERIVA O SEU FORNECIMENTO DE SANGUE dos vasos ovaricos e uterinos, entre os quaes existe uma anastomose das mais intimas. Os vasos terminaes chegam ao bordo inferior do ovario, entre as dobras do ligamento largo, onde se deitam em linhas parallelas, e distinguem-se facilmente pela sua forma tortuosa e espiral. Entrando na base do orgão expandem-se em todo o stroma, e dam-lhe o seu aspecto fibroso peculiar. Dos seus ramusculos extremos o sangue regressa por veias que vão para a base do ovario, que são muito numerosas, e que formam perto d'ella, entre as dobras do ligamento largo, um plexo chamado «Ovarico» ou «Pampiniforme» que vae communicar com o plexo uterino. Só em casos excepcionaes se encontram valvulas nas veias ovaricas.

Os seus nervos derivam-se dos plexos renal e aortico inferior, e entram acompanhando os vasos.

O Dr. Rouget descobriu fibras musculares nas dobras do ligamento largo, especialmente ao longo dos vasos ovaricos, as quaes, diz elle, sob a influencia de uma causa excito-motriz dependente da ovulação, contraem e approximam

o verdadeiro ducto excretorio do ovario, a trompa de Fallopio, explicando assim aquelle phenomeno.

Elle não conseguiu de modo algum descobrir vestigios de tecido erectil nas trompas de Fallopio, mas admitte a sua existencia no ovario e no utero.

Historia medica do ovario.

Na mulher é o ovario o primeiro orgão ligado ás suas funcções reproductoras. É elle que a constitue mulher, assim como o seu analogo no homem, o testiculo, é o que o faz homem.

Ao observador superficial parecerá que o utero, pelo seu tamanho e importancia, é o orgão distinctivo do sexo feminino; tal, porem, não acontece, pois que elle é apenas o receptaculo onde se acolhe e desenvolve o producto do ovario. Que isto assim é, facilmente se comprehende, considerando que as mulheres privadas dos ovarios congenitamente, ou por operação, e que assim perdem consideravelmente as feições caracteristicas do seu sexo, tornam-se mais ou menos masculinas.

Muitas e extraordinarias teem sido, desde a mais remota antiguidade, as conjecturas ácerca da natureza e serventia do ovario. Assim, desde o tempo de Hippocrates até o de Vesalio foi elle considerado como analogo ao testiculo, e egual a elle em estructura, differindo apenas em posição. Vesalio descreveu-o como um composto de pequenas vesiculas recurvadas terminando em um canal defferente a modo do testiculo. Como este, suppunha-se que elle segregava semen, ao qual se deu o nome de *Semen Femininum*, em contraposição ao *Semen Masculinum*. É curioso notar como os velhos paes da medicina disputavam ácerca da serventia do supposto—*Semen Femininum*, como punham em acção a sua ingenuidade, e a força d'imaginação, para comprehenderem o uso d'aquillo que não existia. Assim, julgavam-no alguns o *sine qua non* do acto da concepção, ao passo que o consideraram outros um liquido meramente fertilisador, que servia para fertilisar o utero, e tornal-o apto para a recepção efficaz do semen masculino. Pelo meiado do seculo XVII Harvey, na sua obra *De generatione exercitationes*, derribou as ideas até então existentes sobre este assumpto, e por seu modo de pensar deu margem a larga discussão. Conhecendo Hippocrates que, tanto no homem como nas especies inferiores, a prole surgia de um ovo, acreditava, comtudo, que este era formado no utero, quer pelo semen masculino só, quer conjunctamente com o feminino. Steno e De Graaf, provocados a campo pelas obras de Harvey, affirmaram então

2

que as vesiculas ovaricas eram os proprios ovos, e que produzil-os, e não um fluido imaginario, tal era a funcção dos ovarios. Considerava Harvey formado o feto, não pelo semen masculino levado ao utero, mas por virtude de haver toda a massa do sangue, como por injecção, recebido do semen uma força plastica, a qual, communicada aos ovulos cahidos no utero, alli os tornava fecundos.

Em 1671 publicou De Graaf a sua grande obra, na qual substituiu o termo *ovarios* ao de *testiculos*, até então empregado, e tambem descreveu as vesiculas, que trouxeram o seu nome á posteridade. Appareceu então Barbatus dizendo que estas vesiculas não eram ovulos e sim hydatides. Veio depois Bartholin, e procurou mostrar a distincção entre os ovulos de De Graaf e as hydatides de Barbatus. Em 1677 um jovem medico de Dantzig mostrou a existencia de animalculos espermaticos. Isto deu causa a outra revolução que poz inteiramente á margem a ideia de ser o embryão formado no ovario, por quanto ahi estavam animalculos distinctos, aos quaes bastava só a influencia fertilisadora do utero, solo propicio para desenvolvel-os até o estado de seres perfeitos. Houve até quem chegasse a persuadir-se de ter podido reconhecer parecenças entre estes animalculos e o homem. Imaginou-se depois que se havia descoberto a distincção entre o animalculo macho e a femea, os quaes se julgou até haver surprehendido em acto de copula, posto que o descobrir qualquer prole, como producto d'aquelle acto, foi cousa que mallogrou os maiores esforços, a observação e a phantasia dos investigadores. Sem embargo da apparente plausibilidade da sua theoria, não poderam elles, comtudo, pôr de parte a existencia do ovulo, que devia servir para alguma cousa. A viveza da imaginação suppriu-lhes ainda aqui o que a observação lhes negava, e decidiu-se, por tanto, que estes ovos eram para alimentar os animalculos. Mas, com o correr do tempo, revive outra vez a theoria de De Graaf, e Morgagni, não podendo esquecer o lado fraco da theoria d'este, isto é, as grandes dimensões das vesiculas comparadas com os ovulos encontrados na trompa de Fallopio, advinhou a verdade de que ellas eram glandulas secretoras de um liquido destinado á conservação do ovo, e a favorecer a sua migração em tempo opportuno. Mais tarde Baar descobriu o verdadeiro ovo, e assim ficou aplainada a difficuldade da theoria de De Graaf. Seguiu-se depois a descoberta de Coste e Wharton Jones da vesicula germinal, da macula germinal, e do corpo luteo, cuja natureza tem sido, como de facto ainda hoje é, materia para larga discussão. Tal é, em resumo, a historia medica do ovario. Foram descriptos ja no XVII seculo os tumores deste orgão. Mas a hydropisia ovarica é o que aqui mais nos interessa.

Hydropisia do ovario.

A HYDROPISIA DO OVARIO consiste no desenvolvimento e crescimento progressivo de um ou mais kystos nascidos do ovario, com poder de reproduzir outros similhantes endogenicamente, e de segregar da membrana que forra o seu interior uma quantidade quasi illimitada de liquido. Encontra-se algumas vezes um só kysto, sem nenhuns outros secundarios que lhe pertençam. A esse dá-se o nome de kysto *simples, unilocular* ou *esteril*. Quando existe mais de um chama-se *multilocular*. Este pode ser, entretanto, de duas especies, segundo que os kystos coexistentes e contiguos nasceram como outras tantas excrescencias morbidas separadas dentro do mesmo ovario, ou que são producções secundarias de um kysto primitivo. Os da primeira variedade são conhecidos pelo nome de *multiplos*, e os da segunda pelo de *proliferos* ou *compostos*. Os kystos *simples, multiplos* e *proliferos*, que eu acabo de descrever, constituem, em grande parte, a molestia conhecida por *hydropisia do ovario*, e contra a qual principalmente se tem lançado mão de recursos operatorios. Existem ainda outras affecções que dão causa ao crescimento dos ovarios, e que são acompanhadas de mais ou menos effusão enkystada, porém menos ao alcance da interferencia cirurgica. Taes são os tumores hydaticos dos ovarios, os dermoides, contendo cabellos, dentes e outras substancias, e os colloides, accrescendo ainda, alem d'estes tumores, uma forma de hydropisia ovarica devida á occlusão da trompa de Fallopio, e muito similhante áquella.

PATHOLOGIA DA HYDROPISIA DO OVARIO. Para maior facilidade da descripção, dividirei os kystos do ovario em simples, multiplos e compostos.

A. *Kystos simples.* Como o indica o nome, kysto simples do ovario é aquelle que tem um saco de uma cellula unica, ou unilocular, o qual pode ser tão pequeno que permaneça incluso na substancia do ovario, onde, como é bem de ver, só o exame necroscopico venha a revelar a sua existencia; ou chegar ás dimensões da cabeça de uma pessoa adulta. É, todavia, raro, que um kysto simples chegue a tal grau de crescimento, ao passo que, pelo contrario, os kystos compostos ordinariamente o excedem. Poucas vezes poderão elles ser descobertos antes que tenham adquirido um tamanho tal que chame a attenção como um tumor pelviano, quando, muito provavelmente, no seu interior tenha começado já o crescimento endogenico, e o haja convertido em kysto composto. Quando o tumor tem chegado a um tamanho consideravel, o ovario é apenas perceptivel como um pequeno appendice ao seu lado inferior, e pode ou não entrar na

formação da pellicula ou cobertura do kysto. A trompa de Fallopio do lado affectado torna-se tensa por cima do saco distendido; alongam-se os ligamentos largos do utero, e este eleva-se, inclina-se para diante, e alonga-se por tal modo que chega, muitas vezes, ao dobro das dimensões normaes, e acha-se geralmente em um estado frouxo. Em virtude do seu pequeno tamanho produzir diminuta pressão, raras vezes se encontra n'elles adherencias como nos kystos compostos, e são achados muitas vezes por detraz do utero, na cavidade peritoneal retro-uterina. Posto que, á bem dizer, quando o desenvolvimento do kysto é devido a ovarite, possa haver effusão de lympha, donde provenham adherencias e uma posição mais lateral do tumor, os kystos simples não offerecem o mesmo contorno irregular dos compostos, sendo, em geral, globulosos, de superficie lisa, e dando mais promptamente signaes certos de fluctuação do que estes, nos quaes o liquido está encerrado em numerosos e pequenos compartimentos agglomerados. Na maioria dos casos de kystos do ovario este orgam atrophia-se, posto que em alguns elle augmente de volume, adquirindo consistencia quasi cartilaginosa, tanto que tem sido descripto como producção scirrhosa, quando não havia signal nenhum evidente da existencia de molestia maligna. Segundo o Dr. R. Lee os nervos ganglionares das immediações do utero e dos ovarios augmentam de volume quando estes ultimos se acham affectados de hydropisia.

B. *Kystos multiplos.* Estes são apenas uma variedade dos kystos simples, devida á formação comcomittante de dous ou mais d'estes ultimos no mesmo ovario, os quaes se vão conchegando no correr do seu crescimento, de modo que formem um tumor apparentemente multilocular. O Sr. Paget nas suas prelecções sobre os tumores, descreve deste modo a sua formação: «não é raro encontrarem-se muitos kystos pequenos formados, ao que parece, pelo coincidente crescimento das vesiculas de Graaf. Jazem acamados e mutuamente comprimidos, e á proporção que todos se desenvolvem conjunctamente, absorvendo-se ás vezes os seus tabiques divisorios, chegam a communicar uns com os outros, podem parecer um simples kysto multicellular, tendo parede propria formada pela tunica fibrosa do ovario destendido. Muitos kystos multiloculares, como elles são denominados, não passam de grupos de kystos simples estreitamente empacotados; posto que examinados em periodo adiantado de seu desenvolvimento, e particularmente quando um dos do grupo cresce mais do que os outros, possa haver difficuldade em differençal-os de alguns kystos proliferos.» Porem no seu ensaio sobre os tumores elle accrescenta que estes kystos multiplos podem estremar-se dos proliferos, pois que «em um caso os kystos numerosos são apenas contiguos, e em mutuo contacto pe-

las suas paredes adjacentes; e no outro alguns estão inclusos em outros ou brotam de suas paredes» Todavia a distincção não é geralmente facil, nem muito importante na pratica.

C. *Os kystos compostos*, chamados tambem *multiloculares, proliferos*, ou *cystoides*, são formados pelo crescimento de uma ordem secundaria ou terciaria de kystos procedentes do kysto ovarico primitivo. Este tumor pode ser *endogeno,* isto é, que brotou do interior do kysto materno, ou *exogeno,* isto é, nascido do seu exterior. Qualquer que seja, porem, a direcção do crescimento, elles nascem da parede fibrosa do saco materno, e adquirem um forro similhante ao do seu interior, e, mormente aquelles que surdem do interior do antigo kysto, levam adeante de si a membrana que forra este, e que lhes fica sendo ainda envoltorio addicional. Os kystos secundarios desenvolvem-se, ordinariamente, muitos ao mesmo tempo, embora possa um d'elles sobrepujar os demais, e até ampliar-se tão rapidamente que se rompa, e derrame o seu conteúdo no kysto materno. O mesmo succede com os kystos terciarios, em relação aos secundarios. E quando se dá este modo de multiplicação, o tumor, já complexo e multilocular, torna-se desigual em sua superficie á proporção do crescimento dos kystos no sentido exterior, os quaes, em verdade, podem algumas vezes ser agitados como se foram tumores appensos; e, quando desenvolvidos apenas parcialmente, contem pouco liquido, e teem paredes espessas, dão pelo tacto a ideia de tumores solidos. Camadas d'elles podem successivamente brotar no interior do saco primitivo, até o distenderem tanto que occasionem a sua espontanea ruptura. D'esta variedade de kystos terciarios, que teem base larga, devemos distinguir uma ordem de tumoresinhos avelludados, verrucosos ou pedunculados, dos quaes o Dr. Farre nos dá a seguinte excellente descripção: «Estas excrescencias pedunculadas brotam, algumas vezes, das paredes de um kysto principal, e, na verdade, quasi todas as vezes que as tenho examinado depois de haver o saco adquirido um certo volume, grupos d'estes saquinhos pedunculados podiam ser vistos espalhados no interior em varios logares; porem elles nascem mais constantemente no interior do kysto secundario. Estes saquinhos apparecem primeiro em grupos dispersos, sob a forma de grãos redondos, cobrindo em camada espessa a membrana que o forra, e que elles erguem, e tão bem acamados que se pode contar uns 200 ou 300 no espaço de uma pollegada quadrada. Quando elles se alongam, obriga-os a mutua pressão a tomar uma forma filamentosa. Mas se crescem com mais liberdade, as suas extremidades de ordinario dilatam-se, a modo de pequenos bolsos ou botões de outra ordem, que brotaram dos lados ou da extremidade dos tumores primitivos, e convertem-n'os em uma multiplicidade de pequenas ex-

crescencias dendriticas, que tornam aspera a superficie interna dos kystos maiores, ou enchem mais ou menos completamente as cavidades dos mais pequenos. Fazendo-se um corte n'estas excrescencias dendriticas, vê-se que ellas são ordinariamente solidas em sua base, sendo o tecido fibroso branco da parede do kysto materno, d'onde ellas nascem, facil de reconhecer nas suas hastes e ramos. Porem nas suas extremidades expandem-se em pequenos bolsos cheios de um liquido, similhantes a pequenos kystes pedunculados, com os quaes se acham abundantemente intermeados. Estes pequenos kystos e excrescencias são cobertos de epithelio, e é provavel que sejam os laboriosos agentes da eliminação dos diversos fluides que enchem ordinariamente os kystos do ovario, de qualquer ordem que elles sejam. Os kystos multiloculares são muito mais communs do que os simples, e chegam a muito maiores dimensões. Ha exemplos de tumores ovaricos pesarem, com o seu conteúdo liquido, de 50 a 100 libras: e é provavel que o unico limite do seu crescimento, depois que se elevam fora da bacia, seja a pressão que lhe oppoem as paredes abdominaes, a espinha dorsal e o diaphragma, em quanto que a faculdade secretora das paredes do kysto parece illimitada. Examinando um tumor extrahido pelo Sr. Péan, em Paris, o Sr. Ordonez encontrou muitos vasos ramificados sobre as paredes do kysto, penetrando-as depois de um modo que parece digno de nota; porquanto elle pensa estar ahi a verdadeira origem dos kystos, e a explicação dos varios aspectos que offerece o liquido contido em sua cavidade. De facto, estes vasos sanguineos, reduzidos ás proporções de capillares da segunda e terceira variedade, penetram nas cavidades dos kystos, em cuja superficie interna terminam em pinceis soltos, e offerecem uma parede unica delgada, elastica, e intumecida aqui e alli. Estes pequenos pinceis vasculares fluctuam no interior do kysto, e cercam-se de um leito que vem a ser mais tarde origem de novo kysto. Em alguns pontos de suas paredes estes capillares estão cheios de granulações calcareas compostas de carbonato e phosphato de cal e de magnesia. Na superficie offerecem grande friabilidade, e até roturas que parecem mostrar que por alli houve extravasação sangninea.

Origem dos kystos. Tem sido assumpto de longa discussão a origem dos kystos, bem que agora concordem muitos pathologistas serem elles motivados por uma dilatação morbida de uma vesicula, ou folliculo de Graaf. Sustentam alguns, comtudo, que um kysto ovarico procede, como nova formação, de um blastema pathologico por crescimento endogenico de cellulas ou nucleos, ou, no dizer de Rokitansky, procede de um granulo elementar, o qual cresce por intussuscepção até chegar a tornar se nucleo, e este até se converter em uma

vesicula sem estructura; ou que, segundo Wedl, o kysto consiste em um augmento excessivo de volume das malhas do tecido areolar.

Diz o Dr. Farre que «estas formações cysticas são limitadas ao periodo da vida no qual o folliculo de Graaf se acha em estado de actividade. Não se encontram, como novas formações, depois da epocha usual em que os folliculos cessam de se tornar visiveis nos ovarios, como productos organisados naturaes, nem apparecem antes do periodo da puberdade, senão em casos muito mais raros do que os de um desenvolvimento antecipado d'estes folliculos, ou de uma puberdade precoce.» Estes argumentos, accrescenta elle, «são mais particularmente applicaveis aos kystos de conteudo liquido. Até que ponto elles possam tambem explicar os que encerram productos de mais elevada organisação, é mais duvidoso.

Mas convem ainda ter em lembrança que, formações cysticas de todas as especies occcorrem mais frequentes vezes no ovario do que em qualquer outra parte; entretanto não ha nada particular na textura do ovario, ou n'aquella porção que é exterior aos folliculos, que o torne mais especialmente sujeito a formações cysticas procedentes de tecido areolar dilatado, do que partes fibrosas analogas encontradas em outras partes do corpo onde apparecem kystos.» Mas se é verdadeira esta explicação da origem do kysto primitivo, os secundarios ou outros subsequentemente desenvolvidos no seu interior, são, com toda a probabilidade, como presume o Sr. Paget, derivados «de germens desenvolvidos nas paredes do kysto materno, e depois, á proporção que dão origem a kystos secundarios, desenvolvendo-se para dentro da cavidade d'este, ou apartando as camadas parietaes, ficando intreiramente involtos n'ellas, ou, mais raras vezes, tornando-se prominentes para a cavidadade de peritoneu.»

Involucros. Ou seja simples ou composto, um tumor ovarico tem por *cobertura externa* o peritoneu, que é levado adeante d'elle, de modo que o involve por fim: por baixo d'esta está a *tunica propria*, ou cobertura do saco, a qual é de uma cor branca amarellada, ou amarella escura, e de consistencia fibrosa; e *forrando esta* encontra-se uma membrana epithelial delicada. Alem d'estas encontra-se, algumas vezes, outra tunica derivada do stroma do ovario, o qual tem sido impellido adeante da vesicula crescente, expansão e desenvolvimento do mesmo stroma, que se effectua tambem ao mesmo tempo, e particularmente na variedade unilocular da molestia, originada de uma vesicula profundamente situada no ovario. Na tunica *media é* que se encontram *vasos*. Estes podem ser pequenos e poucos, ou grandes e numerosos, mas provem sempre dos vasos proprios do ovario, differindo assim de um kysto hydatico

em derivarem directamente o seu sangue da parte d'onde procedem, e em não terem a mesma existencia independente, nem acephalocystos no seu conteúdo.

É muito variavel a *espessura de suas paredes*. Ha memoria d'um caso, em que a hydropisia do ovario durava por tres annos, e a punctura foi feita uma só vez, no qual a parede anterior do kysto era de uma pollegada e meia de grossura, e a posterior pouco menos. *Esta espessidão* pode provir de hypertrophia, inflammação, raras vezes de deposito de materia tuberculosa, e ainda menos cancerosa. Em todos os casos em que o kysto se prende ao ovario, ou por pediculo ou por base larga, são mais espessas as suas paredes. Algumas vezes, pelo contrario, as paredes são mui delgadas e flexiveis, de um aspecto esbranquiçado brilhante ou luzidio. A inflammação pode amollecel-as, gastal-as, ou tornar a sua consistencia molle, quebradiça, laceravel; pode sobrevir ulceração, gangrena, seguida de perfuração; ou ellas podem passar á degeneração calcarea. A espessidão do saco faz-se geralmente na sua tunica media; a peritoneal, todavia, torna-se muitas vezes espessa e opaca, e a interna divide-se em varias camadas de epithelio, de mistura com tecido connexivo, ou, pelo contrario, como succede nos kystos antigos, torna-se completamante indistincta.

A membraua interna frequentes vezes mostra resultados de *trabalho morbido* por inflammação geral ou parcial, e injecção, por fragmentos adherentes de lympha, por exsudação de pus, por uma superficie granulosa ou enrugada, por amollecimento, e por varias manchas. Pode formar-se no interior do saco um forro fibrinoso, ou epithelial espesso, tornar se eventualmente vascular, e dar occasião a hemorrhagia no interior do saco. Uma vez aberto um kysto, parece effeituar-se uma alteração de sua membrana interna, visto que, em regra, o liquido segregado subsequentemente é de qualidade diversa.

Mas, abstrahindo d'estas ulteriores mudanças de qualidade, vê-se algumas vezes um precipitado proveniente do conteúdo do kysto, constituido principalmente por cholesterina lançada sobre a parede interna. Por ultimo, a espessidão das tunicas de um kysto ovarico é por vezes complicada de grande endurecimento, chegando até á consistencia fibro-cartilaginosa. Com effeito, existem ás vezes nas paredes laminas osseas, a tal ponto que pode reputar-se completamente ossificado o saco. Isto succede, comtudo, unicamente nos kystos antigos de pequenas dimensões, e parece limitar-se ás mulheres idosas. A inflammação, quando invade um kysto ovarico, frequentemente se passa á sua tunica peritoneal, tornando-a opaca e espessa, dando occasião a effusão de lympha e a adherencias aos orgãos visinhos. A inflammação pode egualmente communicar-se do kysto aos tecidos contiguos, ou a irritação do kysto

pode atear a inflammação nos mesmos tecidos, e não raro se produz derrame no peritoneu. A adherencia ás partes proximas, ainda que se opponha á sua extirpação, favorece algumas vezes a cura natural pela ruptura do saco. O rapido crescimento dos kystos é geralmente devido á inflammação aguda, ou sub-aguda originada n'elles, da qual tambem resulta romperem-se, perfurarem-se, ou ulcerarem-se os septos que os separam, e d'ella podem resultar o romper-se o tumor, effusão de lympha e pus, ou gangrena, como em cavidades serosas naturaes. As adherencias da superficie posterior de um kysto ovarico são rarissimas, e não podem ser descobertas por exame previo.

A direcção do tumor é principalmente para onde ha menor resistencia. Os tumores pela maior parte comprimem para cima e para deante no abdomen, mas algumas vezes sentem-se mais prominentes no fundo recto-vaginal do peritoneu. Por se desenvolverem os kystos no sentido da menor resistencia, é que se encontram o maior, ou os maiores d'elles, em uma massa geralmente situada, senão sempre, na parte superior do tumor, em primeiro logar, e em segundo, na parte anterior do tumor abdominal, antes do que na lateral ou posterior. O kysto ou kystos que crescem no sentido anterior fazem-n'o com mais rapidez, porque encontram menos resistencia na parede abdominal adeante, do que o kysto ou kystos situados ao lado e atraz do tumor, pois que estes ultimos são reprimidos pela mais solida construcção das paredes lateral e posterior da cavidade abdominal. É tambem por esta razão que na paracentese abdominal podemos evacuar o maior kysto ou kystos, e tambem porque é mais facil de evacuar o seu conteudo por meio do trocote e canula, do que os dos mais condensados kystos do tumor. É tal o crescimento d'elles para cima e para deante, que não raro chegam a contrahir adherencias com o figado, estomago, e colon transverso.

O conteudo dos kystos do ovario varia muito em caracteres physicos e chimicos, segundo os casos, e até nos disversos kystos do mesmo tumor. O liquido contido é frequentemente similhante ao soro do sangue, de um amarello desmaiado, ou cor de palha, tendo, porem, apenas vestigios de albumina. Este liquido descorado pode ser limpido, ou misturado com mais ou menos materia mucosa ou propriamente gordurosa, ás vezes em quantidade sufficiente para dar-lhe consistencia gelatinosa ou viscosa; outras vezes o liquido é cor de café, espesso como se estivesse misturado com polme de café, o que alguns consideram signal caracterisco de molestia do ovario. Esta côr peculiar pode ser attribuida á presença de sangue. O liquido escuro gelatiniforme, evacuado algumas vezes, é dirivado ou de amolleeimento gangrenoso dos septos internos do kysto, ou principalmente de sangue putrefacto. Tem-se encontrado

um conteudo opaco, de cor branca amarellada, que, debaixo do microscopio, parece compor-se quasi inteiramente de globulos de gordura, o qual, quando deixado em repouso, forma uma massa gordurosa semi-solida. Taes kystos parecem ser acompanhados, em sua formação, de grande dôr e perturbação da economia. Tem-se achado tambem um liquido negro como tinta, ou de consistencia de papa ou mingao, ou uma mistura de liquido e de materia semi-solida, como a massa cerebral. Depois da punctura pode resultar alterar-se o saco, e evacuar um liquido ichoroso ou putrido, ou formar-se pus que sae com mau cheiro ou não, e com gazes provenientes de decomposição. Mas em sacos não abertos tambem se encontra pus resultante de inflammação espontanea, assim como da formação de globulos de pus nos conteudos gelatinosos. Um kysto, depois de evacuado, não segrega outro liquido do mesmo caracter; este é differente na cor ou na consistencia, ou em ambas. O simples facto de esvasiar o kysto parece mudar o caracter da sua membrana secretora. Á punctura pode seguir-se hemorrhagia no saco, proveniente ou de perfuração de algum vaso, ou da natural vascularidade geral do seu interior; esta perda tem até produzido a morte por anemia. Mudança no liquido é menos frequente e menos grave, de ordinario, nos kystos simples do que nos compostos, depois de evacuado o kysto pela punctura, sendo o liquido reproduzido nos primeiros, muitas vezes, similhante ao conteudo primitivo, e até menos abundante em materia organica. Dou em seguida um quadro da analyse chimica dos conteudos de kystos ovaricos, mostrando as suas substancias componentes, e a proporção de cada uma d'ellas, segundo o Dr. Arthur Farre, e tambem uma analyse do soro do sangue em cada caso, para servir de comparação:

Partes componentes	N. 1 Côr de palha claro, alcalino, peso especifico 1047.	N. 2 Escuro, lamacento, neutro peso especifico 1047	N. 3 Similhante a clara d'ovo, alcalino.	N. 4 Claro, côr de palha, com flocos de uma substancia côr de perola.	Analyse do soro do sangue para comparação.
Agua	190,9	190,70	195,2	187,7	181,2
Albumina em vestigios de materia gorda	4,1	4,25	1,8	7,6	16,5
Albumina em solução como albuminato de soda	3,7	3,62	1,1	4,0	0,4
Chlorureto alcalino e sulphato com N a O, C 02 de albuminato decomposto	0,8	0,78	1,2	....	1,6
Materia extractiva soluvel em alcool	0,4	0,45	0,5	0,5	0,3
N a, Cl. com carbonato provenientes de lactato decomposto de extracto alcoolico	0,1	0,20	0,2	0,2	....
TOTAL	200	200	200	200	200

Vemos, pois, que o liquido ovarico, alem de albumina, contem varios saes alcalinos, especialmente albuminato de soda; pode-se affirmar, em geral, que o augmento de densidade do liquido proveniente da hydropisia, associado, como é, ao augmento de componentes animaes e salinos, a mais abundante producção de materia flocculenta, a modo de mingau, mel, ou substancia cerebral, indica um estado de maior alteração e ruina, tanto do kysto, como tambem da saude geral; estado, por consequencia, menos susceptivel de cura. Isto pode resultar, segundo Baker Brown, dos effeitos de distensão consideravel, pressão, ou paracenteses repetidas; e perdido, em grande parte ou de todo, o poder secretor do kysto, pode este ficar a modo de massa inerte no abdomen.

A quantidade do liquido que se pode accumular em um kysto é enorme; ha exemplos de se haver extrahido 120 ou 140 libras de liquido de um unico saco; e como exemplo da rapida e repetida força de reproducção do liquido ovarico, mencionarei um caso no qual o Sr. Martineau—« extrahiu cerca de 625 libras em um anno, e da mesma doente, e para mais de 8,250 libras em 80 operações no espaço de 25 annos. » Formam-se, as vezes, tumores solidos conjunctamente com os kystos, quer fóra quer dentro d'elles; productos cancerosos poucas vezes se encontram proximos, ou no meio dos mesmos kystos. Ra-

ros exemplos tem havido de se encontrar materia sebacea, e cabellos compridos no mesmo ovario que continha grandes kystos hydropicos, e até no mesmo kysto, juntamente com a collecção aquosa, por esta se haver formado no kysto onde já existiam aquelles productos organicos. Quanto ás hydatides direi que são muito raras no ovario.

Um ou ambos os ovarios podem ser affectados, sendo rara, todavia, a ultima circunstancia, ao menos pelo que respeita á producção de grandes kystos, porém não é raro que existindo hydropisia enkystada de um ovario, se encontrem kystos incipientes no outro. Os dous ovarios não são igualmente sugeitos á molestia; o direito é-o mais do que o esquerdo.

Causas. Em regra a formação de kystos não occorre antes que as funcções sexuaes do ovario entrem em exercicio na puberdade, mas pode apparecer só depois de cessar o fluxo menstrual. Comtudo, raras vezes se ebserva em idade muito superior a 50 annos. Ha memoria de casos de hydropisia do ovario aos 13, 14 e 15 annos, e antes de estabelecida a menstruação, e na puberdade tambem. Segundo a experiencia do Sr. Baker Brown « a molestia appareceu em grande maioria dos casos entre os 21 e os 40 annos. A media da idade em que ella foi reconhecida foi de 26 annos. Por consequencia, tanto quanto a memoria dos meus casos authorisa esta deducção, o maximo da tendencia á molestia é durante o periodo da maior actividade funccional dos ovarios, e não occorre tão frequentemente em epocha mais adiantada, ou media da vida, como geralmente o pretendem os autores. Não é rara nas mulheres solteiras, e, pela maior parte, as casadas que a soffreram, conforme resulta da minha experiencia, não tiveram filhos, ainda que o casamento datasse de alguns annos. »

Mas o Dr. Churchill crê que são mais propensas a ella as mulheres que tiveram filhos, do que as solteiras. Pouco se pode dizer com certeza a respeito das causas dos kystos do ovario.

As causas predisponentes geralmente admittidas são, a diathese escrophulosa, as causas debilitantes em geral, e a menstruação excessiva ou demasiado frequente. « So o tempo do puerperio, e o da menstruação, diz Kiewich, parecem augmentar, até certo ponto, a disposição á hydropisia ovarica, porque n'essas epochas estão collocados os ovarios em condições que os tornam mais sensiveis, por assim dizer, a influencias nocivas internas e externas. »

Causas determinantes. Estas não são bem comprehendidas ainda; nenhuma causa bem definida pode ser indicada pela doente, por ser a invasão da molestia tão gradual e insidiosa. Enumeram-se entre as causas determinantes as violencias exteriores, demasiado exercicio, excessos venereos, maus tratos no parto ou no aborto, o frio, suppressão dos menstruos, leucorrhea por qualquer

causa, irritação uterina ou metrite, o effeito de emoções, taes como susto, an ciedade, etc.

A ovarite parece tambem ser uma das causas, mas isto não está bem averiguado. Tem-se manifestado a doença dos ovarios após o nascimento de uma criança, porque, n'este caso, como succede na menstruação, acham-se estes orgãos em estado de excitação, e, portanto, mais aptos a cahir sob a acção morbida provocada por qualquer causa externa. É de observação commum que as mulheres casadas, que não teem filhos, são mais particularmente sugeitas á doença dos ovarios provavelmente por causa de ser parcial e insufficiente a excitação d'estes orgãos, isto é, porque o estimulo que os excita pode servir depois unicamente para despertar algum trabalho morbido ou anormal. Este modo de pensar deriva algum apoio d'aquelles casos de hydropisia enkystada, nos quaes se encontra no saco não só cabellos, como outras partes organisadas.

Symptomas e marcha da hydropisia do ovario.

A invasão da hydropisia do ovario é tão lenta e imperceptivel que a doente não tem consciencia de cousa alguma anormal, antes que o augmento do ventre desperte a sua attenção. Só então é que ella, geralmente, procura conselho medico, de sorte que são, realmente, muito escassos os meios de averiguar os symptomas iniciaes d'esta molestia. Em muitos casos as doentes accusam dores lancinantes em paroxismos, porem, na maior parte d'elles, nenhum symptoma faz, sequer, suspeitar a molestia. Não é provavel que ella no começo não produza mais ou menos dor, e sim que esta seja attribuida a qualquer outra causa mais plausivel, e que, não sendo nem muito notavel nem muito constante, seja pouco depois inteiramente esquecida. A maioria dos casos em que nenhuma dor existia eram de mulheres casadas, de edade madura, nas quaes não era de esperar que o trabalho morbido causasse o mesmo soffrimento que nas jovens solteiras, ou n'aquellas em quem a prenhez ou o parto parecem actuar como causa predisponente. Em geral, podemos presumir que a dor será na razão directa da actividade do processo morbido. Em quanto o tumor conserva dimensões moderadas, e está encerrado na bacia, dará origem a symptomas occasionados principalmente pela pressão que elle exerce sobre os orgãos circumvisinhos, taes como irregularidade na emissão, ou retenção da urina, constipação do ventre, hemorrhoidas; ou, em vez d'estas desordens mechanicas, poderão apparecer outras sympathicas d'estes mesmos orgãos. A existencia d'af-

fecção ovarica, mormente se ella não invade ambos os ovarios, o que é raro, não se oppoem á concepção. Depois do parto occorre, muitas vezes, notavel augmento, e, até, irritação inflammatoria do kysto ovarico. É commum observar-se no primeiro periodo d'esta molestia a irregularidade da menstruação, o frequente ou demasiado fluxo do menstruo, ou a dysmenorrhea; a sua suppressão é, todavia, rara. As glandulas mammarias sympathizam com o desenvolvimento do tumor.

O curso da molestia varia muito nos diversos casos. Umas vezes ella occasiona a morte em 18 mezes, a contar do tempo em que foi reconhecida; ao passo que, em outras, as doentes teem vivido 25, 30, e mais annos. A proporção do augmento do kysto varia tambem muito, e nenhuma relação parece existir entre a rapidez do seu crescimento e a sua natureza, isto é, unilocular ou multilocular. Porem, quanto mais sadia for a constituição da doente, menor será a exhalação do liquido no kysto; d'ahi a vantagem do tratamento tonico. O tamanho, a rapidez do crescimento, e, de facto, as circumstancias ligadas ao tumor, dão a medida do grau de saude da doente. Antes que o tumor chegue a grande volume, as principaes queixas procedem do seu peso, uma sensação como de arrancamento nos lombos, plenitude e dor nas costas. Vem egualmente aquelles incommodos que são effeito da sua acção mechanica e sympathica sobre as visceras contiguas, alguns dos quaes já ficam ennumerados, e aos quaes cumpre accrescentar obstrucção, ou congestão local devida á pressão, e diarrhea; os rins podem segregar menos do que no estado normal, tornarem-se congestos, ou ser invadidos por molestia organica. Um dos peiores incommodos que acompanham a doença é a irritabilidade do estomago, com vomitos constantes que enfraquecem a doente, e que não cedem senão á evacuação do kysto. Se o tumor comprime de baixo para cima, o coração funcciona irregularmente, e a respiração é mais ou menos embaraçada. Entre os effeitos do progresso da doença, nota-se o edema das extremidades inferiores, e até, ainda mais raramente, a ascite. Existe nas mulheres mais ou menos tolerancia para a molestia, conforme as variadas susceptibilidades nervosas. Em vez de ir em augmento até causar a morte, ella pode desapparecer por meio da ruptura espontanea, evacuação atravez de algum orgão, ou, segundo pensam alguns autores, por evacuação espontanea. Baillie refere um caso de desaparecimento espontaneo de um tumor ovarico no fim de 30 annos de duração, gozando a doente de boa saude d'ahi em diante. Não é rara a ruptura do kysto, mas appressa, muitas vezes, uma inflammação fatal. Os effeitos da evacuação para o peritoneu dependem muito da natureza do conteúdo. Sir J. Y. Simpson refere um caso em que o saco se rompeu por effeito de uma queda, depois da

qual não foi mais reclamada a punctura que, até essa epocha, se fazia com intervallos de poucas semanas. Por algum tempo o liquido foi derramado evidentemente no peritoneu, de onde foi absorvido: mais tarde, entretanto, nenhuma porção apreciavel d'elle se podia ahi perceber; sobreveio uma diaphorese constante, resultado tanto mais para notar, quanto não se tinha podido anteriormente exitar a menor transpiração por meio algum; e a secreção da urina, d'antes mui diminuta, desembaraçou-se, e continuou sem interrupção. O perigo após a ruptura depende muito do caminho de sahida que procura o conteúdo do kysto. Ha exemplos de ter sido evacuado pela vagina, pelos intestinos, pelo recto, pelas trompas de Fallopio &c. Baker Brown não considera a evacuação do liquido para o peritoneu tão perigosa como se tem supposto.

Outra terminação do kysto do ovario é a metamorphose das suas paredes, a qual é mais marcada em casos de ossificação, havendo então consideravel contracção das paredes, e diminuição da cavidade do kysto. Quando a ossificação é perfeita, o tumor não tem desenvolvimento ulterior. As probabilidades de cura espontanea após qualquer dos modos de terminação da hydropisia do ovario, são menos em favor dos kystos compostos do que dos kystos simples. A mais favoravel e mais perfeita cura espontanea após a punctura ou a effusão espontanea de um kysto, é quando a inflammação se manifesta no sacco vasio, e conduz a degenerações que produzam taes metamorphoses nos kystos visinhos ainda cheios, que venha a absorver-se gradualmente o seu conteúdo, e a encolher-se o tumor em sua totalidade. E este resultado parece que não é raro nos kystos pequenos; é tão favoravel, ás vezes, que, pouco tempo depois da perfuração, acha-se restabelecida a doente.

Mencionarei aqui algumas das *outras formas de molestias* a que são sugeitos os ovarios, sem, comtudo, discorrer sobre ellas:—Kystos hydaticos dos ovarios, envoltos em sacos procedentes do tecido ovarico, e tão raros que são apenas curiosidades pathologicas.—Kystos dermoides: são os que contem materia solida organisada, taes como cabellos, ossos, dentes, e substancia gordurosa, e que algumas vezes são, como já tive occasião de dizer, complicações da hydropisia ovarica Bem pouco se sabe a respeito da sua origem, se são producto de desenvolvimento embryonario nos ovarios, ou congenitos, ou o que.—Tumores colloides dos ovarios, que são, em geral, porem não necessariamente, acompanhados de evolução kystica, e teem, provavelmente, a sua origem no tecido connexivo ou areolar do ovario, e não nas vesiculas de Graaf, as quaes parecem ser destruidas por seu crescimento anormal.—Cystosarcoma, que é uma especie de affecção cancroide, consistindo em um tumor mais ou menos solido, ou, mais frequentemente, formado por cellulas ou sacos.—Molestias cancerosas que

podem affectar o ovario, posto que não sejam tão frequentes como outr'ora se pensava. Das suas formas é a mais rara a medullar, sendo rarissimas as variedades melanoide e scirrhosa. A medullar occorre exclusivamente nas mulheres moças, ao passo que a forma fibrosa encontra-se mormente em periodos adiantados da vida. O cancro do ovario tambem se encontra em muito menos adiantada edade do que o do utero, e é muito menos frequente do que este na proporção de 1 caso do primeiro para 5 do segundo.

Mencionarei tambem a hydropisia das trompas de Fallopio, pois ainda que não seja molestia do ovario propriamente, com tudo muitas vezes a pode simular sobremaneira. É rarissima; e, supposto a quantidade de liquido segregado não exceda geralmente de algumas onças, comtudo, casos tem sido observados em que este chegou a 7, 13 e até 100 libras, embora se possa pôr em duvida se este não era contido no ovario, visto não parecer a trompa de Fallopio capaz de tão consideravel distensão, como se infere de casos de prenhez tubaria, que termina sempre em ruptura antes do tempo medio da gestação.

Diagnostico da hydropisia do ovario.

Que não é cousa facil o diagnostico da hydropisia do ovario, prova-o de sobra o facto de a terem tomado, até praticos dos mais distinctos, por quasi todas as causas de distensão abdominal, como sejam a prenhez, a ascite, a bexiga urinaria distendida, accumulação de gazes e de fezes nos intestinos, tumores do utero etc., e, por outro lado, tudo isto se tem egualmente confundido com ella. Que o diagnostico exacto, não só da hydropisia ovarica, senão tambem da sua verdadeira natureza, é da mais alta importancia, quasi que fôra escusado dizel-o.

Os symptomas da hydropisia do ovario podem dividir-se em geraes, e especiaes ou locaes. Tambem variam com o periodo da molestia.

Symptomas geraes. Estes dizem respeito unicamente aos casos em que se acha tão adiantada a molestia, que mostre crescimento de volume do abdomen, pois não tendo ainda o tumor subido da pelve, os symptomas são locaes, á excepção de alguns poucos que são sympathicos, taes como augmento das glandulas mammarias, com dôres, desenvolvimento das areolas, e exsudação de um liquido leitoso, e, algumas vezes tambem, vomitos pela manhã. Os symptomas geraes são o estado da saude e a apparencia da doente, e, juntos ao do augmento do volume do abdomen, levam á confirmação da natureza da

molestia. Entre taes symptomas, estando esta plenamente desenvolvida, notam-se: a magreza do pescoço e dos hombros, e uma expressão particular do semblante, mais faceis de reconhecer, depois de vistos uma vez, do que de descrever, e dos quaes BrakerBrown faz a descripção seguinte: « A face torna-se afilada, magra, enrugada; o semblante revela, por modo muito notavel, apprehensão e cuidado; angulos do nariz e da boca puxados para baixo, labios adelgaçados, faces sulcadas de rugas, olhos notavelmente definidos, por estar o espaço entre as palpebras e a margem ossea da orbita deprimido e cavo, pois que todo o tecido areolar adiposo da face está atrophiado; côr pallida, sem aquelle aspecto plumbeo, ou fulo, e a modo de pergaminho, observado na doença cancerosa.

O edema das extremidades inferiores, e a prominencia das veias abdominaes não se encontram geralmente em quanto a molestia não está muito adiantada, com quanto se observe, algumas vezes, o edema das pernas mais cedo, quando devido a compressão das respectivas veias, e, por tanto, só apparece do lado da séde do tumor, distinguindo-se assim do edema geral. Desarranjo nos orgãos digestivos, e consideravel diminuição na quantidade da urina, tambem assignalam a molestia adiantada.

Symptomas negativos tambem se derivam da ausencia de affecção cardiaca ou renal, pois a hydropisia do ovario não causa, em geral, grande perturbação no systema circulatorio, nem affecta sensivelmente a respiração em quanto o seu volume não é muito grande. Entre os signaes da molestia adiantada notam-se tambem as desordens das visceras comprimidas e a emaciação.

Os symptomas especiaes ou locaes variam muito conforme o tumor é pelviano ou abdominal, e devem ser colhidos da historia da doente, da inspecção, da percussão e apalpamento, da mudança de posição, do exame vaginal e rectal; mas, antes de os procurar, convem que sejam evacuados o recto e a bexiga. Nos primeiros periodos, quando o tumor é ainda pelviano, os symptomas parecem não pouco os da prenhez, pois encontram-se, por exemplo, a dor e tumefacção mammarias, desenvolvimento da areola, e até, algumas vezes, secreção de liquido lactiforme, sentimento de peso e plenitude nos lombos, uma ou outra vez os vomitos matutinos, e raras vezes a suppressão dos menstruos. A irregularidade menstrual, como ja disse, é a regra. Da pressão do tumor sobre o recto segue-se depois constipação ou impedimento á descarga de fezes e gazes dos intestinos, veias dilatadas, ou hemorrhoidas na margem do anus; a propria pressão sobre o utero pode tambem deslocal-o. Porem do exame rectal e vaginal é que se obtem evidentes signaes d'esta molestia.

Para melhor o executar mandar-se-ha deitar a doente de costas, com as

coxas levantadas e dobradas sobre o abdomen, recommendando-lhe que não reprima a respiração. Introduzido depois o dedo indicador na vagina, encontrar-se ha um tumor na parte inferior da fossa iliaca, na região do ovario, occupando o fundo peritoneal entre o recto e a vagina. Um expediente ainda melhor é introduzir ao mesmo tempo o dedo pollegar no recto, e o indicador na vagina, e segurar o tumor entre os dous dedos sentindo-se assim um corpo elastico, e sendo este bastante volumoso, e de paredes pouco espessas, como ellas geralmente o são n'este periodo, pode ser reconhecida a fluctuação. O tumor não é muito doloroso á pressão, nem immovel como são os tumores não ovaricos, solidos ou sanguineos, que se encontram no tecido areolar recto-vaginal. A vagina é, geralmente, desviada para cima, e o utero levantado, ou pendido para traz sobre o recto, ou curvado para deante, ou impellido para um lado, que é o opposto áquelle que occupa o tumor. Introduzido o dedo no recto para alem do tumor, sentir-se-ha o fundo do utero alem d'aquelle, evitando-se, d'este modo, o confundil-o com a retro-versão d'esse orgão. Uma hernia pode descer, e formar um tumor entre o recto e a vagina, mas o effeito do tossir, e a impossibilidade de levar o dedo para alem do tumor, podem, na ausencia de syptomas de estrangulamento, servir para differençar as duas affecções. O proprio ovario pode tambem descer e tomar a mesma posição; n'este caso, porem, o exame causa incommodo, e a pressão produz uma dor intensa. Um kysto do ovario pode, por motivo de suspensão de desenvolvimento, ou por este ser muito lento, conservar-se na pelve por muitos mezes ou annos, mas, com o andar do tempo, sobe á cavidade abdominal, passando por deante dos intestinos, coberto pelo peritoneu; impelle para cima o estomago e o figado, conquistanto espaço á custa da cavidade thoracica, produzindo assim uma serie de symptomas devidos á nova posição, e outros effeitos sobre as visceras circumvisinhas.

Logo que o tumor se ergue da bacia pode ser reconhecido em uma das regiões iliacas em principio, e esta situação lateral pode ser por muito tempo observada, até que a grande distensão do abdomen, ou o desenvolvimento de outros kystos a façam desapparecer. Desde que o tumor sobe da pelve alonga-se desde logo a vagina, e o utero é levado para cima e para deante, de tal sorte que vem a ser comprimido de encontro á syphise do pubis, de modo que dá muitas parecenças com uma ante-versão d'aquelle orgão, e o exame vaginal mostra estar o seu orificio mais alto e mais aberto, e o collo mais curto do que de ordinario. Da distensão do abdomen provem, como succede na prenhez, a prominencia do umbigo. Algumas vezes, entretanto, a pressão é mais lateral, e o utero toma uma posição obliqua para deante e para o lado oppos-

to áquelle de onde procede o tumor. Á proporção que este sobe mais, e por effeito da sua tendencia a comprimir para deante, mudam-se as suas relações com o utero, e elle vem a ficar superior e anterior a este. Quando o tumor se torna abdominal, aquelles symptomas da sua situação na bacia, taes como difficuldade em ourinar, constipação, peso e plenitude lombares desapparecem, e são substituidos por incontinencia, e até suppressão da urina, edema e varizes venosas das extremidades inferiores, sendo a incontinencia da urina devida á pressão sobre a bexiga, e a suppressão d'esta secreção, o edema, e as varizes venosas das extremidades inferiores, á pressão sobre os ureteres e sobre os grandes troncos venosos do abdomen, cousa que mais facilmente succede em casos de tumores densos que tenham contrahido adherencias posteriormente, o que é raro, como ja tive occasião de dizer.

A PERCUSSÃO é mais distincta se o tumor é volumoso; e se sobre elle dá um som massisso; o tumor então é bem definido, e o som claro ouve-se lateral e superiormente. A mudança de posição não traz aquella mudança de logar do som massisso que se ouve na ascite, e, ao contrario d'esta, o som claro dos intestinos não se ouve na parte mais prominente da inchação, e o som massisso pode ser seguido até á bacia na hydropisia ovarica. A fluctuação é tambem mais resistente do que na ascite, e a linha hydrostatica de nivel, tão caracteristica n'esta ultima doença, nunca se encontra na primeira.

PELO APALPAMENTO pode reconhecer-se o caracter das paredes do kysto, se são lisas ou desiguaes e irregulares, e assim tambem differençar um kysto composto de um unilocular, pelo seu inferior ou menos extenso grau de fluctuação, ou, melhor ainda, pela sua superficie desigual, e consistencia, particularmente sendo os kystos secundarios desenvolvidos externamente ao primario, pois os secundarios são de menor desenvolmento, e assim dão ao tacto a sensação de solidez; seus conteudos são mais densos, menos fluctuantes, e elles proprios menores. O exame vaginal ou rectal fará muitas vezes reconhecer kystos secundarios que se não podem descobrir pelo apalpamento externo, alem de dar mais uteis esclarecimentos ácerca do estado, relações e adherencias do kysto. Ou, para resumir estes symptomas, como se exprime Baker Brown, « quando com um tumor abdominal que cresce lentamente, coexistem phenomenos taes como emaciação, feições murchas ou contrahidas; a ausencia de edema notavel das pernas, de symptomas especiaes de ascites, ou d'aquellas lesões organicas que a produzem; de qualquer notavel diminuição da actividade da doente, de grande deterioração das funcções da vida, e dos signaes caracteristicos de prenhez, podemos suspeitar a existencia de hydro-

pisia do ovario. Quando a percussão revela fluctuação, e com a mudança de posição se encontra o liquido na parte mais prominente do tumor, e os intestinos ao lado, estendendo-se o som massisso até dentro da pelve, pode haver mais do que suspeita, pode presumir-se a existencia de hydropisia do ovario. Quando nos primeiros tempos da doença o exame pela vagina e pelo recto descobrem um tumor elastico na cavidade peritoneal recto-vaginal, frouxo em posição, e, provavelmente, com fluctuação distincta, não havendo symptomas de hernia, ou dôr motivada por um prolapso do ovario, podemos ter quasi a certeza de que existe um kysto hydropico do ovario, e sendo observado o progressivo augmento do tumor, ainda mais se reforça esta convicção. Tambem é mister não esquecer que quando ha um kysto só o tumor é geralmente mais perceptivel de um lado do corpo, e a superficie é mais lisa; mas havendo um kysto composto, pode o tumor perder o seu caracter unilateral, podem ser mais obscuros os symptomas, e a fluctuação menos distincta. O Dr. Hugh Bennet, de Edimburgo, em um trabalho sobre doenças do ovario, deposita grande confiança no

Exame microscopico do liquido extrahido pela punctura; «ha pouco risco, diz elle, de confundir-mos o liquido da hydropisia enkystada do ovario, com o que se encontra nas hydropisias inflammatorias ou passivas. Na peritonite achamos elementos primitivos de mistura com corpusculos plasticos ou de pus, os quaes em caso nenhum podem ser confundidos com as grandes cellulas epitheliaes observadas no liquido da hydropisia do ovario. Em accumulações de liquido motivadas por affecção hepatica, não ligada á inflammação, não encontrei nenhuns outros elementos organicos». Porem n'estas observações parece ter perdido de vista o Dr. Bennet a frequente existencia de productos inflammatorios nos kystos do ovario, tanto de exsudação como de pus, e muitas authoridades, creio eu, concordam hoje em considerar que o valor do exame microscopico limita-se a servir de reforço a uma opinião, mas que, por si só, não a pode estabelecer decisivamente. Sir J. Y. Simpson propoz o uso da agulha exploradora para determinar o caracter solido ou cystico de um tumor, assim como extrahir o liquido, se o houver, afim de procurar obter signaes diagnostico examinando-o com o microscopio. Este plano é excellente, e seguido sempre por alguns dos nossos mais habeis ovariotomistas. O mesmo eminente facultativo tem recommendado o uso da sonda uterina, instrumento cuja serventia no diagnostico das doenças uterinas é incontestavel. E como sabemos que a posição do ovario é posterior ao utero, pois occupa a superficie posterior do ligamento largo, se a sonda indicar que o tumor está adeante do utero, claro é que elle não pode ser do ovario; e, com quanto negativo, este

conhecimento é, todavia, de immenso valor, quando a questão é, como sempre acontece, se o tumor é uterino ou ovarico; e tambem, accrescenta Sir J. Y. Simpson, podemos actuar sobre os ovarios, e determinar pelas impulsões communicadas á mão, se o tumor está á esquerda ou á direita, e julgar, em certos casos, approximadamente, se elle está ou não livre, ou isempto de adherencias. Posto que applicavel em todos os periodos da molestia do ovario, é mais util no principio.

O DIAGNOSTICO DAS ADHERENCIAS é de grande importancia depois de reconhecida a hydropisia do ovario. Estará o tumor solto, fixo apenas por um unico pediculo, ou estará preso por adherencias ao peritoneu, ou ás visceras contiguas? É esta uma questão da mais subida importancia. Afim de resolvel-a, convem collocar a doente na posição horisontal, com as coxas em flexão, e fazer então esforços para mover o kysto de um lado para o outro, o que, sendo facilmente conseguido, mostra não haver adherencias. Se a mão assente com firmeza sobre as paredes abdominaes frouxas poder movel-as com facilidade sobre as paredes do kysto, não existem adherencias, pelo menos, em suas superficies superior e lateraes. Da mesma sorte, quando a parede abdominal, que é delgada n'esta molestia, poder ser apanhada entre os dedos, e movida assim sobre o kysto, não podem haver adherencias. Finalmente, outro meio diagnostico lembrado funda-se na extensão até onde, na respiração forçada, pode o diaphragma impellir para baixo os orgãos contidos no abdomen. Assim, não havendo adherencias adeante, o limite superior do kysto ovarico abaixa uma pollegada na inspiração profunda, sendo o espaço occupado antes pelo tumor, preenchido pelos intestinos, e, por consequencia, a percussão feita sobre a parte superior d'elle, durante a inspiração ordinaria, produz um som massisso; porem fazendo a doente uma inspiração exaggerada ouve-se ahi a resonancia intestinal

AS AFFECÇÕES MALIGNAS do ovario podem differençar-se da hydropisia ovarica pelo aspecto fulo e plumbeo da face da doente, e que é peculiar á cachexia cancerosa; e pela superficie extraordinariamente rija e nodosa das paredes do kysto. A dôr tambem é mais intensa e de caracter lancinante; a constituição mais deteriorada; ha crescimento dos ganglios abdominaes, e podem existir symptomas da mesma doença em outras partes do corpo, e tambem a fluctuação não é perceptivel.

Molestias que podem ser confundidas com a hydropisia do ovario.

1. Retroversão, e retroflexão do utero.
2. Tumores do utero; *a* solidos, *b* fibrocysticos.
3. Ascite.
4. Prenhez.
5. Prenhez complicada de hydropisia do ovario.
6. Tumores enkystados do abdomen.
7. Bexiga distendida.
8. Accumulação de gazes nos intestinos.
9. Dita de fezes.
10. Augmento de volume do figado, baço, rins, ou tumores das visceras.
11. Hernia recto-vaginal.
12. Deslocação do ovario.
13. Abcesso pelviano.
14. Retenção dos menstruos.
15. Hydrometria.
16. Excesso de gordura no epiploon.
17. Uma especie particular de tumor abdominal, que não sei que tenha recebido nome algum, similhante á prenhez, porem que desapparece totalmente sob a influencia do chloroformio, para reapparecer logo que a doente volte a si, e cuja natureza é tambem mysteriosa.

Taes são as principaes molestias que se podem confundir com a hydropisia do ovario. Passarei agora a tratar succintamente de alguns dos principaes pontos do diagnostico entre ellas e a molestia do ovario, visto que o espaço não me consente mais do que alludir ligeiramente a ellas.

1.º *A retroversão e retroflexão* do utero só podem ser confundidas com a hydropisia do ovario no começo d'esta molestia, em quanto o tumor se acha ainda na bacia. Porem na primeira o collo do utero é impellido para cima e para deante; a dor é urgente, intensa, e a bexiga ordinariamente distendida, ao passo que, na retroflexão, a sonda uterina dará logo a conhecer a verdadeira natureza da molestia, e serve egualmente para repor o utero na sua situação natural.

2. *Tumores do utero. a.* Solidos. Os tumores solidos do utero, particularmente quando nascem da sua seperficie externa por um pediculo distincto, são mui faceis de confundir com a hydropisia ovarica, da qual um exame attento

do utero, e o tumor, que não offerece elasticidade nem fluctuação, se prestam, comtudo, a distinguil-os. O diagnostico, entretanto, é, ás vezes, bastante difficil, como o mostra aquelle celebre caso no qual o Sr. Lizars, um dos mais habeis cirurgiões, começou a operação na ideia de ter deante de si um caso de molestia do ovario, porem recuou ante o grande volume, e numero dos vasos relacionados com o tumor; e posto que o furasse e incisasse, com o fim de reconhecer a sua natureza, só a autopsia da doente, 25 annos depois, é que descobriu um tumor solido, preso ao fundo do utero por um pediculo de 3 pollegadas de comprimento, e a verdadeira natureza da molestia. *b* Fibro-cysticos— Entre estes tumores, felizmente raros, e a hydropisia enkystada do ovario o diagnostico é em extremo difficultoso; tanto que Baker Brown diz: « Não conheço caracter algum distinctivo entre as duas molestias. »

3. *Ascite.* Tambem tem sido confundida esta affecção com a hydropisia enkystada do ovario; e aqui o apalpamento e a percussão offerecem-nos os dous melhores meios de diagnostico. A percussão dá, n'aquella molestia, um som tympanico sobre a parte superior do tumor, e um som sempre massisso na inferior. Demais, vemos que o som tympanico varia com a mudança da posição da doente, symptomas que differem totalmente dos que ja mencionei como fornecidos pelo apalpamento e percussão na hydropisia do ovario. Alem d'isso a ascite é, ordinariamente, effeito de affecção cardiaca, renal, ou hepatica, ou de peritonite; e no principio da molestia existem symptomas de desarranjo do orgão affectado, o incommodo geral, e, além de tudo isto, a ausencia de signaes de hydropisia do ovario. A ascite é muitas vezes acompanhada de anasarca.

4. A *prenhez* tem sido confundida com a hydropisia do ovario, e com quanto esta ultima offereça muitos dos symptomas da prenhez, o exame attento do utero, externamente e pela vagina, pode dissipar qualquer duvida a este respeito. Na prenhez ha ainda os movimentos do feto, o *ballottement*, e os sons do coração fetal, que faltam na hydropisia do ovario. Pode estar morta a creança, não existindo então, necessariamente, alguns d'estes symptomas. O Dr. Churchill affirma ter ouvido, em um caso de hydropisia do ovario, um sopro de folle distincto, similhante ao sopro placentario; nos casos de excesso do liquido amniotico distingue-se fluctuação.

5. *A prenhez complicada* de hydropisia do ovario é, de todos os casos, o demais difficil diagnostico, e quando a prenhez ja tem sido reconhecida, a affecção ovarica pode escapar á observação, salvo procedendo-se a um exame rigoroso da historia da doença, exame que nunca deve ser omittido quando o abdomen for sobremodo volumoso. Quando o tumor do ovario se acha ainda na

bacia, o exame pelo recto e pela vagina dará a conhecer um tumor, e a compressão na pelve pode occasionar dor intensa. Mesmo quando, alem da prenhez, se descubra effusão hydropica, esta pode ser capitulada de ascite, da qual se poderá differençal-a pela posição do utero que, no primeiro caso, tem sido levantado pelo kysto, de tal sorte que o collo fica fora do alcance do dedo, e na ascite o liquido estará anterior ao utero, ao passo que na hydropisia do ovario estará por detraz d'elle, não podendo tornar-se anterior em nenhuma especie de posição. Em tal caso, o ponto capital é diagnosticar a existencia da prenhez, a qual deve regular o nosso proceder.

6. *Tumores enkystados* do abdomen encontram-se ás vezes desenvolvidos em relação com o peritoneu, no respectivo saco ou fora d'elle, ou, mais raramente, no epiploon, no mesenterio, ou em relação com o figado e rins. Mas, qualquer que seja a sua origem, é difficil distinguil-os dos tumores do ovario. Os que procedem dos rins ou do figado são mais capazes de conduzir ao erro; e, para chegarmos ao diagnostico, é mister ater-nos principalmente á historia da doença, averiguar onde appareceu a principio o tumor, qual a funcção mais perturbada, e onde eram mais intensas as dores. São tambem acompanhados de grande desarranjo funccional, e de dor mais forte do que os tumores do ovario. Os kystos epiploicos e mesentericos são raros, e os da parede abdominal e do peritoneu pouco menos o são. Sir J. Y. Simpson descreveu um caso de hydatides encontradas na cavidade peritoneal, por fora de um kysto ovarico, e o Dr. Buckner, dos Estados-Unidos, refere outro de um tumor mesenterico situado entre as laminas do peritoneu, rodeado pelos intestinos delgados, o qual foi tomado por um caso de hydropisia do ovario, não se dando pelo erro senão depois de começada a operação. Este cirurgião, não obstante, extrahiu o tumor com exito feliz.

7. *A bexiga urinaria distendida* tem sido tomada por um kysto do ovario, mas o diagnostico é tão facil, que não ha necessidade de mencionar o facto senão como precaução.

8. *A accumulação de gazes* nos intestinos tem sido tambem confundida com hydropisia do ovario, mas é um erro tão manifesto que me julgo dispensado de outra cousa mais do que mencional-o simplesmente. Mas, quando ha ligeira ascite, motivada por peritonite chronica, o engano é então mais facil.

9. *A accumulação de fezes* nos intestinos tambem tem sido tomada por hydropisia ovarica.

10. *O augmento de volume do figado*, baço, e rins tem sido egualmente confundido com a hydropisia do ovario, mas, em taes casos, temos symptomas geraes bem claros e significativos da natureza da doença.

11. *Hernia recto-vaginal.* Ja dei os signaes diagnosticos, assim como os da

12. *Deslocação do ovario.*

13. *Os abcessos pelvianos e psoicos*, em geral podem reconhecer-se facilmente, comparando a sua historia pregressa e o estado da doente. Occorrem, ordinariamente, em pessoas escrophulosas, e em consequencia de violencias, e dão mais ou menos origem a symptomas de febre inflammatoria e suppuração local, taes como dor, calor, latejo, fluctuação, etc.

14. *A retenção dos menstruos*, por causa de lhes não dar passagem a membrana hymen, pode egualmente ser confundida com a hydropisia do ovario.

15. *A hydrometria* é uma affecção rara, e occasiona, como a hydropisia do ovario, com a qual pode confundir-se, pouca perturbação na saude geral. Em caso de duvida pode a sonda uterina esclarecer-nos promptamente, e, alem d'isso, temos a historia da doença.

16. *Lizars refere* um caso no qual se tomou por hydropisia do ovario uma producção excessiva de gordura no epiploon.

17. *Por ultimo*, temos aquelles tumores peculiares, aos quaes alludi ja, que desapparecem sob a influencia do chloroformio, e reapparecem quando a doente volta a si, e sobre cuja natureza, segundo penso, nada se sabe ao certo.

Tratamento.

O tratamento da hydropisia do ovario divide-se naturalmente em geral e cirurgico.

O tratamento geral da hydropisia do ovario não pode merecer confiança alguma, como meio curativo, nem mesmo no principio da molestia, posto que, combinado com o cirurgico, seja de consideravel importancia. Dando-se o caso feliz de se descobrir um kysto no seu primeiro periodo, se houver meio de sustar o seu crescimento, e de atrophial-o, convem lançar mão d'elle. Por exemplo, a applicação de sanguesugas, de ventosas sarjadas, e de revulsivos, é indicada quando é certa a existencia de trabalho morbido, ou suppressão do fluxo menstrual, e, sendo remediado isto, conviria recorrer aos preparados de iodo interna e externamente. E como o estado de perfeita saude e o desenvolvimento de uma molestia são circumstancias oppostas, devem ser administrados os tonicos, e remedios appropriados para assegurar o trabalho perfeito dos varios orgãos. Entre os tonicos goza o iodureto de ferro de boa reputação, mas eu não sei que se tenha provado a sua acção especifica, ou especialmente efficaz em taes casos, salva a que se pode attribuir ás suas propriedades tonicas.

Os diureticos, os purgantes drasticos, e os mercuriaes, com quanto uteis em certas circumstancias, deveriam antes ser evitados, por causa da tendencia a empeiorar o estado da doente. Sir Thomaz Watson affirma que tendo ensaiado varios remedios suppostos efficazes contra os tumores do ovario, nunca teve em sua immensa pratica um só caso de bom resultado; n'esta experiencia creio eu que estão concordes todos os ovariotomistas de nota. O iodo interna e externamente, como meio therapeutico contra a hydropisia do ovario, tem sido muito recommendado por alguns praticos, provavelmente por causa das suas reconhecidas virtudes absorventes em algumas especies de tumores; mas aqui não vemos cousa que nos anime a procurar a absorpão por meio d'elle, ou por qualquer outra substancia conhecida, com quanto elle seja util como auxiliar. Entretanto, é objecto de questão se não se terá causado muito damno com quantidades exaggeradas de iodo, prejudicando, d'esta sorte, a saude da paciente, quando ouvimos fallar em doses de 20 grãos do medicamento acompanhadas de sua applicação externa. A mudança de ares, e outros que taes agente tonicos, são meios appropriados.

Tratamento cirurgico. Tem sido propostos varios modos de tratamento cirurgico, a saber:

1. Punctura simples.

2. Punctura e compressão.

3. Punctura e injecção iodada no kysto.

4. Formação de um oviducto arificial. *a* Externamente. *b* Pela vagina *c* Pelo recto.

5. Ovariotomia, ou extirpação do ovario. *a* Excisão parcial ou incompleta. *b* Excisão completa.

1. Punctura simples. Como meio curativo esta operação não goza geralmente de grande credito, posto que, como palliativo, nos casos em que o tumor, pelo seu volume, pela sua posição, ou por suas relações, causa tantas dores á doente, e tanto embaraço nas funcções dos orgãos, que poem a sua vida em risco, em taes circunstancias é dever do medico pratical-a. É depois de varias puncturas, e não de uma só, que se obtem a cura de um kysto do ovario, a qual é então resultado da inflammação do kysto, ou do seu esgoto apparente e contracção, e da continua sahida do liquido por uma abertura fistulosa que se tenha estabelecido. A inflammação pode levar á destruição do kysto, interferindo com a sua actividade vascular, necessaria á sua secreção; dando logar á effusão de lympha organisavel que occasione a contracção progressiva, e a consolidação das paredes do kysto; ou por suppuração extensa. Comquanto os partidarios da paracentese possam, na verdade, apontar, aqui e

alli, casos dispersos nos quaes ella foi bem succedida, todavia, este meio augmenta, em geral, a rapidez da molestia do ovario, e abrevia a vida da enferma. De ordinario o liquido reproduz-se rapidamente, mais carregado de materias organicas, o que ainda mais debilita a doente. Portanto, além do risco de ferirmos algum vaso na operação, temos ainda o de motivar uma inflammação fatal do kysto.

Os resultados d'esta operação nem por isso são animadores, porquanto, de 130 casos colligidos por Kiewich 24 foram fataes em poucas horas ou dias; e a sua opinião a este respeito equivale á de W. Hunter, a saber: « que terá maior probabilidade de viver por mais tempo aquella doente de hydropisia do ovario que menos fizer para se livrar d'ella ». Entretanto, o Dr. Atlee, de Philadelphia, ovariotomista distincto, pensa, pelo contrario, que nem a morte, nem mesmo consequencias graves após a punctura occorram frequentemente, mas que ella, em geral, prolonga a vida, e tem sido algumas vezes seguida de cura permanente.

Pratica-se commummente a operação perfurando o abdomen na linha alva, a egual distancia entre o umbigo e a symphise do pubis, tendo previamente feito assentar a doente na beira do leito, circumdado o ventre com uma toalha que um ajudante conserva tensa, fazendo deste modo pressão sobre o liquido. Baker Brown prefere deitar a doente á beira da cama, e faz a punctura na linha semilunar, tendo anteriormente esvasiado a bexiga, e tendo cuidado em não ferir a arteria epigastrica. Foi levado a proceder por este modo por que assim evita a não rara occurrencia da syncope quando a doente está sentada, e por que o sitio mais declive da punctura facilita a sahida franca do liquido, sem ser preciso usar de atadura, e tambem porque assim dous ou tres kystos podem ser furados na mesma occasião, retirando simplesmente, e introduzindo de nove o trocate, o que a gravitação do liquido, na posição erecta, não poderia permittir. Retirada a canula cobre-se a ferida com uma plancheta de fios, segura com uma tira de emplastro adhesivo, que é quanto basta. Deve ser escolhido para a introducção do trocate o ponto mais delgado e fluctuante do tumor, pois tem sido introduzido o instrumento sem dar sahida a liquido algum, por ter sido o kysto apenas deslocado e não furado. O utero, que muitas vezes se acha muito elevado n'esta molestia, tem sido tambem ferido em vez do kysto; o mesmo tem succedido com a trompa de Fallopio, porque, por effeito da rotação d'aquelle sobre o seu eixo, esta passa algumas vezes para deante do ovario. O trocate e a canula devem tambem ser muito mais grossos do que são usualmente, ao contrario, se o conteudo fôr viscoso ou floculento, não poderá sahir; alem d'isso, abrevia-se muito a operação. Sendo muito

espessa ou muito gorda a parede abdominal pode fazer-se-lhe uma incisão antes de tentar a punctura. Alguns cirurgioes teem proposto preferir para a operação a vagina ao abdomen. Kiewich prefere a punctura vaginal sempre que ella seja exequivel, bastando para a sua execução que «o kysto seja accessivel pela exploração por este canal». Scanzoni seguiu tambem este plano em 14 casos, 8 dos quaes foram bem succedidos; e Huguier ha muito que o tem recommendado, tratando de exaggerados os receios dos cirurgioes. A sua principal indicação é quando se deseja obter a cura radical abrindo o kysto, e deixando o liquido, accumulado depois, marejar continuamente pela abertura; e é principalmente applicavel, como meio curativo, nos kystos simples, e nos das trompas de Fallopio que apontam na vagina.

Sir J. Y. Simpson tambem lhe tem dado preferencia nos kystos simples ou uniloculares. A punctnra nunca se deve fazer sem ser acompanhada de compressão, como meio de segurança nos casos obscuros, e de augmentar a probabilidade de bom exito. É mais applicavel nos casos de kystos uniloculares sem adherencias, cujo conteudo seja limpido, não albuminoso, e quando o estado da doente permitta o insistir-se em pratica-la. Tambem deve ser combinada com o tratamento medico appropriado para estimular os orgãos secretorios, e melhorar o estado da saude.

Punctura e Compressão

2. A ~~compressão simples~~ é outro modo de tratar a hydropisia do ovario proposto por Baker Brown em 1844, e que achou mais ou menos acolhimento na profissão. É mais applicavel nos mesmos casos que a punctura simples, e algumas vezes tambem nos kystos do ligamento largo, e nas obstrucções das trompas de Fallopio. Mas o modo de executar a compressão é muito importante. Baker Brown expoem da maneira seguinte o seu *modus operandi:* «primeiro que tudo preparem-se compressas de panno de linho, ou de fios, dispostas de forma que offereçam uma superficie convexa, que se adapte o mais exactamente possivel á concavidade da pelve; sobre estas compressas appliquem-se tiras de adhesivo de modo que abracem a espinha dorsal, vindo encontrar-se e encruzar-se na frente, e estendendo-se da articulação vertebral da oitava costella até o sacro. Sobre as tiras applique-se uma ligadura larga de flanella, ou, melhor ainda, uma faixa com pontas e casas que se atam adeante, ou uma atadura bem feita, a qual, amarrada na frente, pode ser apertada gradualmente, e deve ter, passada á roda de cada coxa, uma tira para a impedir de escorregar para cima. Tanto as compressas como a atadura convem que sejam examinadas de vez em quando por que não produza incommodo a pressão desigual dos intestinos e da bexiga. Tambem se deve guarnecer a crista do ilion com pelle grossa de bufalo, ou pasta de isca. « O resultado da compressão

antes da punctura,» continúa elle, « é trez vezes maior em seus effeitos. Demora algumas vezes o enchimento do kysto, e impede assim o tumor de crescer; algumas vezes promove a absorpção de todo o seu conteudo, ou, finalmente, pode produzir a ruptura do saco para a vagina, recto, ou peritoneu. Depois da punctura a compressão tende a prevenir que se encha de novo o kysto, provavelmente por apertar mechanicamente os vasos que lhe fornecem o liquido ».

3. A INJECÇÃO IODADA nos kystos do ovario depois da punctura tem sido aconselhada, tanto em Inglaterra como em França, sendo, n'este ultimo paiz, o Dr. Boinet o seu mais firme partidario. O seu fim é promover a inflammação do kysto, dando origem á adherencias das suas paredes, e assim á obliteração do saco, á similhança do hydrocele. É um methodo, entretanto, que não tem tido a geral acceitação dos cirurgiões que temem a excessiva inflammação do saco, e a peritonite. A injecção iodada é tambem extremamente incerta nos seus bons effeitos, o que constitue uma das maiores objecções contra ella. É mais applicavel nos raros casos de kystos uniloculares. Baker Brown dá o seguinte resummo do seu modo de pensar a este respeito. « 1º Que é limitada unicamente ao tratamento dos kystos simples. 2º Que não é vantajosa senão em kystos operados pela primeira vez, e cujo liquido não seja muito albuminoso. 3º Que, embora não curativa em kystos compostos, a injecção iodada é capaz de destruir muitos d'elles, retardando assim o crescimento de toda a massa morbida. 4º Que não é tão perigosa com a muitos parece ».

Sir J. Y. Simpson dá tambem o seguinte resultado da sua experiencia: 1º Em nenhum dos casos tratados até agora viu seguirem-se á injecção consideraveis dores, á excepção de um, no qual, todavia, a mesma dor se seguiu á punctura simples, sem injecção iodada; na maior parte dos casos nenhuma dor foi accusada, e em nenhum houve irritação geral ou febre. 2º Com quanto esta pratica pareça tão isenta de perigo em si mesma, de nenhum modo se tem mostrado tão efficaz como no hydrocele em prevenir a reproducção do liquido, porquanto, em alguns casos, a effusão no saco parece haver sido tão rapida como depois da punctura simples, sem injecção iodada.

3.º Mas em 2 ou 3 casos a injecção d'iodo parece ter sustado por algum tempo o progresso da molestia, e ter produzido a obliteração do kysto operado, pois nenhuma reaccumulação do liquido foi percebida alguns mezes depois.

4.º Será necessaria mais ampla experiencia para determinar mais exactamente as variedades especiaes de hydropisia do ovario mais appropriadas ao tratamento efficaz pela tinctura d'iodo em injecção, a occasião opportuna para a operação, a quantidade d'iodo a injectar, e outros pontos correlativos. A maxi-

ma vantagem é de esperar, necessariamente, na rara variedade do kysto unilocular. Nos kystos compostos abre-se ordinariamente pela paracentese o maior, ou o mais preponderante d'elles, e ainda que elle se oblitere não obsta necessariamente a que alguns dos outros menores cresçam e se desenvolvam até chegarem a tomar a forma usual aggravada d'esta molestia.

Kiewich é formalmente adverso a este methodo de tratamento. O processo varia tambem algum tanto, conforme os diversos operadores; assim, Baker Brown, depois de furar o kysto no logar mais conveniente, e de o evacuar, quanto é possivel, por uma canula bastante grossa, servindo-se da compressão para favorecer a sahida do liquido, introduz um tubo comprido elastico, por exemplo, uma sonda de homem das mais grossas, e de abertura larga, pelo interior da mesma canula, e até onde elle poder chegar, e por este injecta no kysto a tinctura d'iodo por meio de uma seringa forte; a injecção é assim levada, quanto pode ser, ao contacto com todo o kysto; mas convem que a seringa seja bastante forte para projectar o liquido até ao ponto mais distante do saco, e prevenir que elle retrograde pela abertura e caia no peritoneu, accidente que pode acontecer quando a tinctura sae de vagar pela extremidade da sonda, e se dirige para cima pelo simples contacto das paredes murchas do kysto, ou algum outro impedimento adiante d'ella. Este cirurgião emprega uma tinctura d'iodo muito forte, e injecta de 4 a 8 onças, deixa-a ficar no saco, conservando-se a doente deitada de costas, e quieta, quanto seja possivel, por 48 horas, no fim das qaues applica uma compressão branda, porem continua, por meio de uma atadura, e de compressas. O fallecido Dr. Boinet que, como disse, era o mais estrenuo defensor deste methodo em França, disse que nunca o vira seguido de maus resultados. Empregava-o até em kystos de conteudo muito albuminoso e viscoso, e aconselhava que, quando taes materias não sahissem promptamente, se fizesse no kysto uma injecção d'agua morna, ou d'uma solução fraca d'iodo, amassando depois o saco, e collocando a doente em differentes posições, afim de facilitar a mistura d'esta solução com o conteúdo do kysto, e o seu contacto com toda a extensão de suas paredes. Conservava tambem a sonda fixa no kysto, mudando-a quando era preciso, e substituindo-a de cada vez por outra de maior calibre, com o fim de obter a adherencia do kysto á parede abdomidal, e conservar por algum tempo uma abertura fistulosa. Deixava o kysto esvasiar-se duas ou tres vezes no dia, e repetia a injecção de dous em dous, ou de tres em tres dias por alguns mezes. Recommendava que se empregasse no principio uma mistura de 100 partes de tinctura d'iodo, 100 d'agua e 4 d'iodureto de potassio; depois, que se duplicasse a quantidade de tinctura, e quando o kysto houvesse diminuido consideravel-

mente, que se usasse d'ella pura. A applicação d'este methodo raras vezes é dolorosa, mas o iodo é tão rapidamente absorvido pela economia, que o seu gosto é accusado na boca da doente, pode ser encontrado em todas as secreções, e manifestando os seus effeitos geraes sobre o organismo, produzindo os mais perigosos e desagradaveis resultados, que reclamam o emprego energico dos estimulantes.

4.º *Incisão do kysto*, e formação de uma abertura artificial, ou óviducto. Este methodo ingenhoso de tratar a hydropisia do ovario foi proposto, creio eu, pelo celebre cirurgião francez Ledran, o qual, baseado no allivio que produz a punctura, julgou que assim podia ao menos prolongar a vida, quando não obter a cura. Fazia uma incisão no kysto, atravez da parede abdominal, de 3 ou 4 pollegadas de extensão, applicava-lhe chumaços de fios, e introduzia na ferida um tubo, cuja grossura ia diminuindo á proporção que ella se contrahia, mas sem a deixar fechar. Injectava o kysto com loções detergentes a principio, e adstringentes depois. Este plano tem sido empregado frequentes vezes desde então, não propriamente como meio curativo, mas como operação eventual, reclamada pela viscosidade do liquido se oppor á sua sahida, ou por se haver tentado a extirpação sem proveito por causa de adherencias. Recamier, Tavignot e Pereira faziam esta operação por meio de cauterios; Trousseau usava de agulhas compridas, e Rambeaud de um instrumento que fixava o kysto ás paredes abdominaes. Esta operação tem sido bem succedida em Paris, tendo-se conseguido primeiro fixar o kysto ás paredes abdominaes alguns dias antes. Baker Brown, em 1850, propoz, como um melhoramento n'esta operação, coser o kysto á parede abdominal, e fazer a abertura na linha semilunar, e não na linha media, tornando assim mais facil o esgosto do liquido, conservando-se deitada a doente.

Os resultados da operação, todavia, não teem sido taes que a recommendem ao cirurgião, salvo quando não é praticavel a ovariotomia, pois a sua mortalidade é consideravelmente maior do que a d'esta ultima operação, e não tem, como ella, a vantagem de alcançar a cura radical. É applicavel principalmente nos casos de kystos simples, e n'aquelles em que a ovariotomia não pode ser tentada por causa de adherencias, porque então dispensam-se medidas preleminares tendentes a fazer adherir o kysto ás paredes do abdomen.

O Dr. Tilt recommenda fazer a abertura com a massa de Vienna, produzindo, por este meio, as adherencias, e fazendo a abertura mais pequena possivel por meio de ulceração, tendo em vista conservar o kysto sempre cheio, dando sahida apenas ao liquido excedente que o distende, e insiste em augmentar gradualmente a compressão abdominal quando seja preciso, e em injectar agua

quente de vez em quando. Algumas vezes tem-se aberto o tumor pela vagina, ou pelo recto, e feito a operação chamada « formação de um oviducto artificial, » plano que Baker Brown julga o melhor, especialmente o praticado pela vagina, quando seja exequivel. Kiewich chamou a punctura pela vagina o seu methodo de tratamento radical. Faz uma abertura da grossura de um dedo, introduz por ella um tubo grosso, e conserva-o introduzido por algumas semanas, até que esteja diminuida a cavidade do kysto. Este methodo tem a vantagem de permittir mais livre esgoto do liquido; a abertura não é tão sugeita a deslocar-se, e o ovario, depois de contrahido, fica na sua situação natural, evitando se, por este modo, symptomas subsequentes de deslocação, e adherencias pathologicas d'este orgão.

A punctura pela vagina e pelo recto é applicavel unicamente quando o tumor se desenvolve no fundo peritoneal recto-vaginal, e possa ser alcançado por estes canaes.

5

Ovariotomia

ou extirpação do kysto.

1. *Excisão parcial* do kysto é uma operação que se recommenda em certas circumstancias. É menos arriscada do que a excisão completa do kysto, e menos tediosa do que a formação de um oviducto artificial; quando o kysto é unilocular, de paredes delgadas, pouco vascularisado, com poucas ou nenhumas adherencias, e quando o liquido contido no seu interior é ligeiramente albuminoso, de pouco peso especifico, e se a saude geral não está muito alterada, pode ser adoptado este expediente, com particularidade se a compressão houver ja sido tentada improficuamente, ou é contra-indicada pela existencia de prolapso do utero, ou por outras objecções. E se depois de ter principiado julgar o cirurgião o caso improprio para a applicação d'este methodo, pode alongar a incisão e extirpar completamente o kysto. Consiste a operação em excisar uma porção do kysto, recolhendo o restante no abdomen, fechando a ferida com sutura, e deixando cahir na cavidade abdominal qualquer porção de liquido segregado pelo resto do saco, afim de ser absorvido pelo peritoneu, e eliminado pelos rins. Os iniciadores d'esta operação, Jefferson, West e Hargraves faziam uma incisão de uma pollegada apenas de comprimento, e puxando por ella a porção que podiam apanhar do kysto, excisavam-na. O Sr. Wilson, de Bristol, propoz depois o melhoramento de alongar a incisão, porque assim pode-se ligar qualquer vaso dividido na secção do kysto, e tambem evi-

tar ferir alguns dos maiores d'elles; e tambem a incisão maior não parece mais perigosa do que a menor. Clay colligiu informações sobre 24 casos de excisão parcial do ovario, das quaes se vê que 10 curaram-se, e 14 foram fataes, o que, de certo, não inculca a operação de muito favoravel.

Condições que tornam justificavel a operação da ovariotomia.

Diz Baker Brown que antes de proceder á operação da ovariotomia deve o cirurgião ter adquirido, pelo mais attento e repetido exame, a certeza de que: 1.° O tumor é do ovario. 2.° Que vae em crescimento, e é fonte de dores e incommodos para a doente, e virá a ser fatal se for abandonado á sua marcha. 3.° Que algum dos modos de tratamento que deixo descriptos como apropriados ao caso, foi tentado já sem beneficio permanente; 4.° Que o tumor não é canceroso. 5.° Que a saude e o vigor da doente não estejam tão reduzidos que a tornem incapaz de supportar a operação Uma vez decidida, não deve ser retardada a operação, pois as boas esperanças de resultado feliz são na razão directa da promptidão com que ella é emprehendida e executada.

Preparativos para a operação. Baker Brown dá as regras seguintes como as mais uteis ao cirurgião que se dispoem a praticar a operação pela primeira vez: 1.° A operação não deve ser emprehendida senão uma semana, pelo menos, depois do periodo catamenial. As doentes que residem no campo não devem ser trazidas para a cidade. 2.° Se o tempo estiver frio, a doente deve dispor-se a vestir colete e calção de flanella, sendo o colete vestido antes da operação. 3.° Deve tomar banho morno repetido varias vezes antes da operação, para limpar e amaciar a pelle, e assegurar assim transpiração livre para depois. 4.° O ventre deve ser desembaraçado com uma dose de fel de boi, ou de oleo de ricino, e com um clyster na manhã do dia da operação.

Kœberlé dá antes da operação algumas grammas de sub-nitrato de bismutho depois de um purgante de oleo de ricino, para decompor quaesquer gazes sulphurosos que existam, ou possam formar se no tubo digestivo; e Bryant aconselha 20 gottas do sesqui-chlorureto de ferro administradas diariamente por algum tempo antes da operação. 5.° Deve estar preparada uma botija de d'agua quente para os pés. 6.° Deve haver na sala um thermometro, e a temperatura deverá ser mantida systematicamente a não menos de 66.° F., nem mais de 70.° F. Deve estar sempre a ferver ao lume uma chaleira d'agua, para dar uma certa humidade ao apposento por meio do vapor. Isto é particularmente necessario quando o vento é de leste, ou quando o tempo é quente e secco. 7.° As condições meteorologicas da atmosphera, como falta ou insufficiencia de ozono no ar, e aquelle estado que geralmente chamamos—deprimente—são perigossimos. 8.° Se a operação se faz no leito que a doente ha-

de occupar depois, a parte inferior d'elle deve ser coberta com um panno oleado, e um cobertor velho, que possam tirar-se depois. Deve haver uma almofada, ou tamborete onde a doente ponha os pés. Os pés e as pernas devem ser cobertos com roupa quente, a as mãos e os braços guarnecidos de flanella aquecida. 9.º Tendo a doente de ser chloroformisada não se lhe deve dar alimento algum por algumas horas antes da operação. Para evitar os vomitos depois, convem ter provisão de gelo, para a doente conservar na boca em fragmentos por 3 ou 4 horas antes da operação, o que é de muita importancia. 10.º Deve haver muita agua quente no apposento, na qual, em tempo frio, tanto o operador como os seus ajudantes devem aquecer as mãos antes de tocarem na doente, assim como de 3 a 6 bacias de agua quente prompta para molhar as esponjas, aquecer flanella &c. 11. As obrigações de cada ajudante devem ser claramente designadas e assentadas antes que elles entrem na sala, afim de se evitar confusão, e poupar tempo, o que tambem é importante quando se tem que descobrir o peritoneu. 12. Devem estar á mão agulhas compridas, como as que se usam na ruptura do perineu, enfiadas com suturas metalicas. Não são precisos os pontos separados. Devem estar promptas egualmente algumas ligaduras menores para vasos sanguineos, assim como uma faixa de flanella de muitas pontas para atar á volta do abdomen depois de completa a operação; fios, toalhas e tiras agglutinativas. 13. Instrumentos: Um ou dous escalpelos, uma tenta canula, uma tesoura e uma pinça de garras, tenaculo, trocate e canula de grandes dimensões, assim como agulhas, ligaduras, e não menos de duas grampas (*) devem estar no taboleiro dos instrumentos. Finalmente, como o bom resultado depende muito do tratamento ulterior, bom será assentar previamente em que o operador, ou outra pessoa competente, assista á enferma toda a noite, se não houver enfermeira experimentada e de confiança. Com effeito, a paciente não deve estar só por mais de duas horas seguidas nos primeiros trez ou quatro dias. Posto que formuladas para o clima inclemente de Inglaterra, estas regras, todavia, de pouca alteração necessitam,

(*) *Clamp*, em inglez, é um instrumento de pressão continua, a que em marinha, em marcineria, e outras artes chamam em portuguez *grampa* ou *grampo*. O Sr. professor Barbosa, de Lisboa (*Nota sobre a ovariotomia*, Lisboa 1866) chama-lhe *constrictor*. Prefiro o primeiro vocabulo pela sua analogia nas duas linguas, e pela identidade do instrumento de onde se derivou a ideia e o mechanismo d'aquelle que serve n'esta operação. O instrumento a que os ferradores dam o nome de *aziar* parece dos que mais analogia teem com o *clamp*. Uso tambem n'este escripto do termo *punctura*, e não *punção* por achar nos lexicos portuguezes este ultimo vocabulo significando antes um instrumento analogo ao trocate, do que á operação feita com elle.

mesmo no clima temperado no Brasil. É tal a sua precisão e minuciosidade, que julgo não seria facil melhoral-as em qualquer sentido, e por isso as dou aqui por extenso.

Historia da Ovariotomia.

Posto que tenha sido praticada desde muito tempo, a ovariotomia não é uma operação universalmente estabelecida. Até chegar á sua actual posição de operação cirurgica reconhecida e justificavel, tem luctado contra uma opposição tenaz e prolongada. Tão formidavel e cheia de perigos parece a ideia de abrir o ventre de uma mulher, e tirar-lhe os ovarios, que se julgou mais prudente abandonal-a a uma morte certa e não mui remota, almejada, entretanto, como bemvindo allivio de uma vida de tantas dôres e angustias, vida que era mais um peso do que um prazer, do que conceder-lhe o soccorro que a cirurgia lhe podia prestar. Muitos foram os anathemas que lhe lançaram logo ao nascer; e quantos meios a ingenuidade ou a malicia poderam excogitar, tudo foi empregado para a derribar. Em Inglaterra ouviu-se a Liston qualifical-a de «escalar barrigas» *(belly ripping)*. Em França Velpeau considerou—a como «uma operação que de modo algum devia ser admittida na cirurgia franceza». Nos Estados Unidos o Dr. Meigs disse que «nenhuns resultados felizes a podiam justificar» Scanzoni chamou-lhe «prova de loucura da doente que acceitasse, e de crime do cirurgião que apoiasse tal modo de suicidio.» Malgaigne disse que era uma operação infinitamente, e por demais, radical, e bem calculada para livrar por uma vez as mulheres do perigo de uma recahida.» Em 1850 Lawrence perguntou á primeira associação medica de Inglaterra «se as tentativas de tratar as molestias do ovario por operação cirurgica podiam ser incitadas, e continuadas, sem perigo para o caracter da profissão.» E o Dr. R. Lee ainda é do numero dos que a combatem. Em França, ainda agora, a bem dizer, é que ella se vae elevando á categoria de operação reconhecida e acceita. Ha dez annos, em uma discussão sobre este assumpto, na Academia de medicina, dizia Velpeau: «a extirpação dos ovarios doentes é uma operação tremenda, que deveria ser condemnada ainda que fossem verdadeiras as curas annunciadas,» e d'aquella sabia assemblea só Cazeaux ergueu a sua voz em favor da operação. A respeito d'ella disse o grande Cruveilhier que «o bom exito não justificava a temeridade» e, entretanto, já decorreram 120 annos, depois que Delaporte propoz, pela primeira vez, esta operação á Academia de cirurgia.

Porque havia de encontrar a ovariotomia similhante opposição? Para que incutir tantos receios aos cirurgiões? Haverá na operação em si mesma, ou nos seus resultados alguma cousa que justifique taes temores ou tal opposição? Vejamos. Nos animaes inferiores encontramos já mencionada no tempo de Galeno e de Aristoteles a extirpação dos ovarios nas porcas, nas camêlas, e nas vaccas, e em muitos outros animaes. Andramystes, rei da Lydia, mandou extirpar os ovarios das mulheres destinadas a substituir os eunuchos ao seu serviço. e o seu successor Gyges fez o mesmo para prolongar a mocidade das mulheres. Um pastor hungaro, irritado por certas relações de sua filha, extirpou-lhe os ovarios, como costumava fazer ás porcas, e ella sobreviveu; e a operação foi proposta, em 1680, como meio de curar a nimia sensualidade das escravas. Pott, em 1770, extrahiu, com resultado favoravel, ambos os ovarios a uma rapariga de 23 annos, no hospital de S. Bartholomeu, por causa de um tumor que lhe occasionava grandes dores e incommodos. Lassus refere o caso de uma rapariga de 18 annos, a quem um cirurgião extirpou, por engano, uma hernia do ovario no annel inguinal, com exito feliz. Entretanto, ha cirurgiões que duvidam da praticabilidade da operação, e que recusam emprehendel-a, Laumouier, de Rouen, foi em França o primeiro que em 1781 extirpou um ovario por causa de molestia. Mas, com quanto fosse bem succedida a operação, não se lhe deu importancia nenhuma como recurso operatorio justificavel, ficando ella apenas no rol das curiosidades cirurgicas. Em 1786, John Hunter pronunciu-se em favor da operação. Pouco depois Chambon tentou mostrar que, ainda em casos de adherencias, não havia motivo para se não recorrer a este meio operatorio; e em 1808, D'Escher descreveu um modo de o praticar. Sendo, porem, tidas por temerarias estas proposições, nenhum bem produziram. Em 1823, Lizars procurou introduzir a ovariotomia em Inglaterra, mas inutilmente. Na sua primeira operação commetteu um grande erro: não havia tumor algum. Mas a doente escapou. O segundo caso, que era complicado de ascite, foi feliz tambem. O terceiro, no qual havia extensas adherencias, não foi feliz; mas o quarto, em que havia adherencia com o epiploon, foi mais bem succedido. Seguiram-lhe os passos, com varia fortuna, outros operadores, e só em 1840 foi que os notaveis e felizes successos de Clay, Bird, Walne, Lane, etc. attrahiram maior attenção a este assumpto; e hoje em dia, é pelos bons resultados, e com a sancção authorisada de Baker Brown, Spencer Wells, Keith, Clay, Humphrey, Smith, Hutchinson, Fergusson, Simpson, e Kœberlé, que ella se acha definitivamente estabelecida como operação justificavel, e cuja acceitação vae todos os annos augmentando á proporção que melhor se vão conhecendo as suas indicações, e adoptando meios mais seguros de a executar.

Na Allemanha esteve tambem a operação por longo tempo em descredito, e Dieffenbach não hesitava em accarretar-lhe despreso, como meio de cura appropriado; apezar d'isso, em 1828, depois que ella tinha sido praticada por varias vezes com bom exito, elle proprio a emprehendeu com felicidade em um caso de tumor movel, que se suppunha relacionado com o ovario. Em 1850, de uns 20 casos operados, só tres foram bem succedidos, e de 8, não terminados ainda a esse tempo, 5 foram fataes subsequentemente. Langenbeck, Kiewich e outros deram por algum tempo impulso á operação, mas os infelizes resultados que obtiveram, desanimaram por tal forma os facultativos allemães, que ella cahiu outra vez em descredito. Em 1844 reviveu-se a operação em França até certo ponto, mas de novo cahiu em desfavor, até que em 1862 Kœberlé, de Strasburgo, a rehabilitou mais uma vez, e, por seus trabalhos e bons resultados, tem concorrido, em grande parte, a eleval-a á altura em que ella presentemente se acha em França. Tem sido adoptada na India, em S. Petersburgo, na Hespanha, Italia, Portugal e Australia; e nos dous primeiros, ao menos, foi praticada com bom resultado.

Vemos, portanto, que não ha motivo para averbar a operação, nem de tão impraticavel, nem por demais fatal; antes, pelo contrario, vemos a razão porque ella se tem elevado á sua posição actual, apezar da resistencia que se lhe tem opposto.

Objecções contra a ovariotomia.

Estando a operação da ovariotomia ainda, por assim dizer, na sua infancia, não será fora de proposito que eu ennumere aqui, e procure refutar algumas das objecções que lhe teem sido feitas.

I. Esta operação tem sido accusada de barbara, aterradora e deshumana. Se estivessemos nas passadas eras da medicina, haveria alguma verdade n'esta objecção, mas não teria peso. Hoje, porem, que a anesthesia é conhecida, e chegada ao estado actual de perfeição, e que todo e qualquer sentimento de dôr é abolido; hoje que se deita o paciente, e só desperta para saber a grata noticia de que tudo o que tanto receiava está passado, e elle, inconsciente do tão temido sofirimento, recusa até accreditar que passou pela operação que se lhe afigurava tão cheia de dores e torturas, onde está, pergunto eu, a verdade, e, ainda menos, a força de similhante objecção? onde a barbaridade e a deshumanidade?

II. A extirpação de tumores abdominaes é por demais impraticavel e perigosa.

Seja a minha resposta o numero de casos em que ella tem sido praticada, e o bom exito que a tem acompanhado. Será por demais impraticavel, para que se tente de novo, uma eperação já executada para cima de 900 vezes? Será por demais perigosa, para ser emprehendida ainda, uma operação executada com uma proporção de mais de $^2/_3$ dos seus casos felizes?

III. Teem objectado alguns que, embora sufficientemente bem succedida na Gram Bretanha, para ser levada alli á categoria de recurso cirurgico apropriado, com tudo esta operação não pode ser praticada em outros paizes, em virtude do effeito que sobre ella tem a raça, e que as inglezas são mais destemidas, e menos sugeitas ás consequencias que geralmente d'ella resultam, do que as mulheres de outras nações.

Mas, a ser valiosa, a objecção abrangeria egualmente a todas as operações cirurgicas, e não a ovariotomia unicamente. Alem disso, o que dirão os propugnadores deste principio da boa fortuna do professor Kœberlé, de Strasburgo, cuja proporção de casos felizes se diz ser maior do que a de qualquer operador inglez? E este facto é tanto mais significativo quanto esta objecção foi principalmente appresentada pelos franceces, para darem razão da grande mortalidade após a operação em França.

IV. Considerada em geral, a mortalidade da ovariotomia tem sido muito grande.

Mas a mortalidade da operação é cousa que diz mais respeito ao operador em particular, do que á operação. Boa parte d'ella é devida a erros de diagnostico, á má escolha dos casos, á falta de cuidado no executar a operação, ou ao desprezo d'aquellas minudencias que, durante e após a operação, tão essenciaes se mostram para o feliz successo. Alem d'isso, no tocante ao facto da mortalidade após a operação, mostra-nos accaso a estatistica tão formidaveis resultados? De 900 casos operados temos 560 curas, ou 62,3 por cento; pois tão desanimadora é esta consequencia? Comparemol-a com a mortalidade que se segue a algumas das outras operações capitaes da cirurgia, e que nem uma só voz dissidente ousará qualificar de injustificaveis. O Dr. Inman collecionou 3:586 casos de amputações, em geral primarias e secundarias, por accidentes ou doença; e os fataes são 1:3,1. Em 4:937, publicados pelo Dr. Huwieck, os fataes foram 1:$3^1/_{16}$; e em Paris, segundo Malgaigne, mais de 1:2. De 84 casos de desarticulação da coxa, colligidos pelo Sr. Sands Cox, 58 foram infelizes e 26 curaram-se. Da operação da hernia Sir Astley Cooper menciona 36 mortos em 77 operados, e o Dr. Inman 260 mortos em 545 casos. Attente-se para

a ligadura dos grandes vasos: o Sr. Philips dá 171 casos com 57 mortos, e o Dr. Inman 66 mortos em 199 casos. De 40 casos de ligadura da subclavia 18 foram fataes. Assim, a mortalidade após a ovariotomia, comparada com a que resulta de outras operações cirurgicas mais importantes, eleva aquella a não inferior condição, e refuta esta objecção completamente.

V. Ha muitissima incerteza e difficuldade no diagnostico, para se admittir a ovariotomia como processo operatorio justificavel.

Ha nisto mais visos de justiça do que nas outras objecções, por quanto, muitas vezes, a difficuldade do diagnostico é, em verdade, grande. Mas isto, ainda assim, é devido á impericia do operador, e não inherente á operação; e á proporção que esta se vae generalisando mais, e sendo mais bem estudada, e que a experiencia vae alluminando os seus pontos obscuros, assim irá diminuindo a difficuldade. Mesmo agora não é grande o numero de erros de diagnostico. Assim, Spencer Wells refere 3 casos apenas de erro de diagnostico na sua pratica, e 3 nos quaes, por causa de difficuldade, elle não poude concluir a operação, e isto em um total de 56 casos. Clay, de 103 casos refere só 10 nos quaes não poude acabar a operação, e 3 de erro de diagnostico. Baker Brown dá 10 por cento de suas operações como não concluidas, e 5 por cento de erros de diagnostico. R. Lee diz que de 162 casos operados em Inglaterra até 1850, apenas em 60 não foi a operação acabada, e d'estes só 19 foram fataes, e isto, aliás, quando a operação estava ainda na sua infancia, e, por tanto, não ainda bem comprehendida. De 57 casos operados até 1859 não se completou a operação em 3 (que não foram fataes) e em 5 houve erro de diagnostico. Em França, Kœberlé refere 1 só erro de diagnostico em 12 casos. Podemos nós, portanto, condemnar com justiça a operação por causa dos erros do operador? Então poderiamos tambem banir a ligadura das arterias para a cura dos aneurismas, só porque tem sido commettidos muitos erros de diagnostico, e na execução da operação. O mesmo se pode dizer da lithotomia e de muitas outras operações cirurgicas.

VI. Objecta-se tambem que, por motivo d'inexactidão da estatistica, não merecem confiança os resultados trazidos a publico.

Estou longe de affirmar que a estatistica seja fonte de conhecimentos muito segura e infallivel; mas não é duvidoso que ella tenha o seu valor, e seja, ao menos, uma approximação da verdade.

VII. Contende-se ainda que mulheres affectadas de kystos dos ovarios podem viver por muito tempo, reccorrendo-se apenas á paracentese palliativa. É facto que mulheres com hydropisia ovarica tem vivido 20 annos e mais sem outro tratamento mais do que a punctura do tumor de tempos em tempos.

Porem não é menos verdade que são extremamente raros similhantes casos, e, de mais disso, com ter havido exemplos de se praticar a paracentese 200 vezes em uma só mulher, nem por isso é ainda tida como isempta do perigo essa operação, como vemos pela estatistica da pratica de varios facultativos distinctos; pois de 100 casos, nos quaes se recorreu a ella, como meio palliativo, 54 por cento foram fataes dentro do espaço de um anno depois da primeira punctura, e destes $^{1}/_{5}$, ou 10 por cento, dentro de 24 horas; 17 por cento no seguinte anno, 8 por cento no decurso do terceiro, e 10 por cento no tempo decorrido de 4 a 7 annos; 2 por cento curaram-se, e de 11 por cento ou não se soube, ou pereceram de outras molestias. Demais, o numero de mulheres que viveram muito tempo com kystos do ovario é exaggerado, por que taes casos teem sido referidos como curiosidades medicas, ao passo que aquellas que succumbiram logo á primeira punctura ficaram no silencio; tambem a punctura approveita unicamente nos kystos simples uniloculares, e n'aquelles que teem pouca solidez; e, segundo Lee, de 100 doentes que soffriam de hydropisia do ovario, e tratadas só pelos meios therapeuticos, 26 viveram um anno; 19 dous annos; 13 tres annos; 8 quatro annos, e 23 cinco annos. Morreram, por tanto, metade dentro de dous annos, a contar do tempo em que o tumor chegou a um tamanho appreciavel. A injecção d'iode tambem não é sem perigo, e é applicavel só em mui limitado numero de casos, alem de não impedir que se reproduza a molestia; e em outras doenças que motivam amputações, excisões e a lithotomia, e nos aneurismas, cancros etc., não se recorre por ventura a um processo operatorio, embora podesse viver o doente por muito tempo sem nenhuma interferencia?

Argumentos em favor da ovariotomia.

I. Os tumores solidos e os kystos multiloculares do ovario não são curaveis senão pela ovariotomia. Abandonada a si propria, a hydropisia do ovario termina pela morte em mui breve tempo; e os outros meios empregados para cural-a são meramente palliativos e não sem perigo, entretanto que a ovariotomia é um remedio seguro que restitue á doente a saude perfeita, prolongando-lhe a vida.

II. A punctura nos kystos simples uniloculáres é muitas vezes um mero palliativo, conduz ao rapido abatimento das forças, e é quasi tão fatal como a ovariotomia nos casos bem escolhidos, sendo, de mais a mais, sugeita a occasionar hemorrhagia interna e peritonite.

III. A injecção de iodo após a punctura approveita só em limitadissimo numero de casos, isto é, nos kystos simples uniloculares de conteúdo liquido, os quaes poucas vezes se encontram, e está, alem d'isso, longe de ser sem perigo, pois traz o risco de produzir violenta inflammação do kysto ou do peritoneu, e mais o da punctura simples. Eu creio que ella é proveitosa unicamente quando o estado, a edade da doente, ou a natureza e as circumstancias do caso particular tornam impraticavel, e por demais perigosa, a operação da ovariotomia.

IV. A ovariotomia é uma operação de mortalidade comparativamente mui pequena quando praticada a tempo, antes de apparecerem quaesquer complicações graves devidas á longa duração do tumor, quando não tenha ainda sido feita a punctura, não existindo adherencias, e sendo boa ainda a saude geral da doente.

O Dr. Thomaz Keith, de Edimburgo, exprime do seguinte modo a sua opinião ácerca da avariotomia. « De todos os casos de hydropisia do ovario occorridos na minha pratica durante 15 annos da minha vida profissional, e bem assim os que tive a vantagem de ver na pratica de meu irmão, os quaes foram abandonados a si proprios, ou tratados por meios palliativos, ou atormentados com meias medidas, só uma das doentes está hoje viva. Vi a molestia ser fatal por mais de uma vez dentro de 6 mezes, a contar do seu começo, algumas vezes dentro de um anno, e nenhuma doente sobreviveu mais do que dous annos depois de haver chegado o tumôr a grande volume. A injecção iodada destrue, na verdade, o poder secretorio do kysto, mas só é applicavel com alguma esperança de bom exito na rara variedade unilocular da molestia, e eu tenho visto seguir-se-lhe a suppuração do kysto e a morte. A minha experiencia, com respeito á punctura, tem sido egualmente infeliz. Vi uma vez seguir-se-lhe a morte, em um caso favoravel, dentro de 24 horas, e em muitos casos outra cousa não é ella se não outro nome dado á morte lenta; é esta, ao menos, a minha experiencia relativamente a esta operação. Nos casos em que a molestia é deixada ir seu caminho natural, é em geral acompanhada de maiores soffrimentos do que se suppoem ordinariamente, e a morte que ella occasiona é lenta e dolorosa. As mulheres que vivem por muito tempo com esta affecção, e com boa saude a outros respeitos, são em mui pequeno numero; mas um caso em que a doença dure por toda a vida sempre nos está presente, ao passo que aquelles que cedo são fataes, logo esquecem. Alem de que, os casos de longa vida não raro são, na realidade, de outra cousa mais do que de tumores fibrosos do utero »

As molestias que absolutamente contra-indicam a ovariotomia são, segundo Kœberlé, as affecções cancerosa, escrophulosa, tuberculosa e syphilitica;

as doenças do coração, dos centros nervosos, do baço, do figado, dos rins, pulmões, &c. lesões graves do utero e seus annexos, da bexiga, do tubo digestivo, ascite consecutiva a doença de coração, de figado, ou de rins; peritonite chronica ou engorgitamento dos ganglios lymphaticos abdominaes; falta de plasticidade do sangue, escorbuto, bronchite, catarrho pulmonar; dyspepsia consecutiva a affecção hepatica; anemia, chlorose, febre hectica manifesta, fraqueza extrema, ou emaciação.

Modo de executar a operação.

A operação executa-se pela forma seguinte: estando a doente deitada de costas, faz-se primeiro uma incisão exploradora de 2 ou 3 pollegadas de comprimento, para verificar a existencia e extensão de adherencias, o caracter do tumor, &c. augmentando-a depois como o pedir o caso. Não ha comprimento fixo da incisão para todos os casos, e que possa fixar se dogmaticamente, mas deve ser adaptado a cada um em particular, pois o fim do cirurgião é extrahir o tumor pela menor incisão possivel, consentanea com o desempenho da operação.

Existe alguma differença de opinião quanto ao emprego de esponjas na operação. Kœberlé, de Strasburgo, usa d'ellas, entretanto que Baker Brown, pelo contrario, prohibe o irritar o peritoneu com esponjas, julgando melhor, diz elle, « deixar antes no abdomen o que se não possa tirar com a mão, ou com um pedaço de flanella » Quando se empreguem, devem as esponjas ser previamente bem lavadas com agua a ferver, para destruir qualquer fungoide vivo que possa existir n'ellas. Depois devem ser tratadas com acido nitrico diluido em agua, e com uma solução de carbonato de soda com alcool, e maceração prolongada em agua para prival-as da areia que as incrusta, assim como de quaesquer organismos vivos animaes ou vegetaes que ellas possam conter.

Depois de tratadas por este modo não vejo razão para regeitar o seu emprego, antes pelo contrario. Alguns operadores furam o kysto na vespera da operação, plano que me parece destituido de qualquer vantagem, e que pode antes levar o kysto e a doente a condições menos favoraveis para a operação. Outros ainda, furam o kysto immediatamente antes de começar a operação, o que julgo ser o melhor processo, ao passo que outros fazem por extrahir o kysto inteiro. O tratamento do pediculo restante varia tambem segundo os operadores. Maisonneuve torce o kysto por uma rotação continua, deixando cahir o pediculo no abdomen, entretanto que Nélaton o fixa ao exterior por

meio de uma grampa. Martin e Langenbeck dividem a tunica peritoneal do pediculo por meio de uma incisão circular, cortam o tumor, ligam cada vaso em separado, e fixam o pediculo ás paredes abdominaes por uma ligadura dupla. Clay ata o pediculo com ligadura dobrada, deixando-o na cavidade pelvianna, mas trazendo para fora a ligadura pelo angulo inferior da ferida. O Dr. Atlee, dos Estados Unidos, emprega o esmagador. Este ponto ainda está em litigio, e faz-se mister mais ampla experiencia para o decidir. Mas parece que em pediculos largos e curtos, nos quaes os vasos são de ordinario pequenos, pode ser empregado o cauterio actual, mas nos delgados e longos, nos quaes os vasos são geralmente grandes, não convem fiar n'este meio, sendo, em tal caso, a melhor pratica o ligar o pediculo em duas partes, aparar as extremidades das linhas, e recolher tudo para dentro.

Kœberlé applica ao pediculo, e á ferida tambem, o perechlorureto de ferro, o qual, diz elle, mumifica a parte oppondo-se á sua decomposição, alem de actuar como hemostatico. Baker Brown empregava sempre uma grampa (clamp) conservando de fora, sendo possivel, o coto do pediculo; mas n'estes ultimos tempos dividia-o com o cauterio actual, e deixava-o cahir para dentro; entretanto que Tyler Smith, pelo contrario, deixa-o sempre dentro, atando-o com ligadura dobrada, cujas pontas apara, deixando-a tambem no abdomen. O melhor modo de unir a ferida é por meio da agulha que serve para os tumores hemorrhoidaes, introduzindo os pontos uma pollegada fóra das bordas da incisão, a meia pollegada uns dos outros, e tão profundos que abracem todos os tecidos até o peritoneu, posto que muitos operadores temam incluil-o nos pontos.

Os fios podem ser de metal ou de seda, e tambem se devem dar pontos superficiaes, comprehendendo a pelle unicamente, para melhor união da bordos da ferida. Podem ser tirados no espaço de 3 a 6 dias.

Por fim, convem applicar á volta do ventre da enferma uma atadura de muitas pontas, um tanto apertada, porem de forma que lhe não cause incommodo.

Tratamento depois da operação.

Depois da operação a doente deve conservar-se em socego na cama, deitada de costas. Não convem administrar-lhe opio sem absoluta necessidade; neste caso deve ser dado pelo recto de preferencia, pois pela boca poderia causar vomitos e outros accidentes desagradaveis. Kœberlé emprega o gelo externamen-

te, e com abundancia, depois da operação, o qual, diz elle, « conservando a temperatura baixa, remove uma causa favoravel á decomposição, e a origem de fungos, que é o calor ». Tambem se deve dar gelo pela boca para mitigar a sêde, e pouca agua a beber. Havendo vomitos depois da chloroformisação, não convem dar nada quente. Se persiste a dor depois da operação, e se ha flatulencia, devem ser applicadas ao ventre fomentações com flanella molhada em agua quente, e abundantemente borrifada com essencia de terebenthina: ao mesmo tempo colloca-se sobre a roupa da cama, perto da boca da doente, um panno embebido de terebenthina, de modo que esta possa ser aspirada, pois em virtude das suas bem conhecidas propriedades anesthesicas, produz allivio consideravel. Leite gelado, agua de cevada, e caldos fracos devem constituir *a dieta* nas primeiras 48 horas; mais tarde pode conceder-se caldo animal forte, e vinho, se o permittir o estado da doente. Sendo possivel é melhor que o ventre se conserve preso por 4 ou 6 dias depois da operação. A bexiga deverá ser evacuada de 6 em 6 horas com a sonda. A temperatura do quarto deve ser mantida cuidadosamente na primeira semana depois da operação, e a ferida curada com agua simples, evitando-se qualquer esforço dos musculos abdominaes.

Dias criticos. O Dr. Clay, de Manchester, procurou reduzir os riscos da ovariotomia assignalando a existencia dos dias criticos. Assim, diz elle: « se a doente não succumbe immediatamente ao choque, isto é, no espaço de 24 horas depois da operação, o primeiro dia critico será o terceiro, e a causa da mortalidade será a inflammação não subjugada. O seguinte periodo critico é o sexto dia, quando ha que temer perigo após o desapparecimento da inflammação do peritoneu nas mulheres mais idosas, especialmente devido á prostração. Sendo moça a doente pode esta terminação ser transferida ao nono dia, ou o terceiro dia critico, que é o periodo usual da prostração nas mulheres de pouca edade. Se a doente vence estes periodos tem maiores probabilidades de cura, e os dias criticos teem menor importancia; entretanto, eu tenho visto no duodecimo dia surgirem symptomas muito incommodos, em consequencia de se afrouxarem ou cahirem as ligaduras, e a esse tempo tenho observado repetição da peritonite, a qual, não sendo tratada com actividade e cuidado, ou não sendo prevista e prevenida, pode perder a doente. »

Os perigos a temer depois da operação são os seguintes: 1.º Choque da propria operação. 2.º Hemorrhagia. 3.º Inflammação aguda—peritonite. 4.º Inflammação de caracter typho-adynamico. 5.º Pyemia.

Direi algumas palavras sobre cada um d'elles.

1.º O choque deve ser combatido com estimulantes para evitar que a doen-

te succumba ao abalo. 2.º A hemorrhagia não é rara, e procede geralmente do colo do pediculo, ou do epiploon; deve-se oppor-lhe, portanto, o mesmo tratamento que se aconselha para este accidente depois da operação; pode occasionar a morte por extenuação de forças, ou dando causa a inflammação. 3.º A peritonite aguda não é rara tambem, e pode ser considerada como um esforço da natureza para fechar a ferida por effusão de lympha plastica. Para tratal-a Baker Brown reputa « a sangria immediata como o melhor e o mais seguro remedio ». Mas está bem visto que se pode tentar o tratamento applicavel a qualquer caso de peritonite aguda. 4.º A peritonite de caracter adynamico apparece algumas vezes mais tarde, quando alguma das partes cae em estado morbido, e é, provavelmente, devida a envenenamento do sangue, que se deve tratar como tal. 5.º A pyemia apparece tambem mais tarde, e é geralmente fatal. O ferro e os hyposulphitos serão provavelmente os mais efficazes remedios.

É escusado entrar mais extensamente no tratamento d'estes accidentes, uma vez que os modos geraes de tratamento applicaveis em taes circumstancias são os appropriados; o facto de elles serem consecutivos á ovariotomia não exige alteração especial, ou modificação nos meios therapeuticos.

Antes de fechar a ferida convem examinar o outro ovario, para ver se está nas suas condições normaes.

Causas da morte depois da ovariotomia.

As causas de morte após a ovariotomia são muito variadas; entre as mais communs podem mencionar-se a inanição, congestão cerebral e pulmonar, pneumonia, hernia estrangulada, gangrena dos intestinos, abcessos causados pelas ligaduras ou occlusão muito rapida da ferida, erysipela, tetano, hemorrhagia, tympanite, ruptura do estomago, estrangulamento interno dos instestinos, ulceração e abertura da bexiga, pyemia, peritonite etc.

Quando a morte sobrevem como consequencia immediata da operação, é geralmente do terceiro ao quarto dia, e é quasi invariavelmente devida á peritonite, ou infecção putrida; depois d'esta epocha a mortalidade diminue diariamente por modo notavel.

A mortalidade tambem augmenta conforme o tumor tem contrahido mais ou menos fortes adherencias. Nos kystos simples, sem adherencias, a mortalidade parece ser proporcional ao comprimento da incisão, ao passo que nos casos de kystos multiloculares succede o contrario. Parece-me, entretanto, que

isto é o mesmo que dizer, que a incisão, pelo que respeita á sua extensão ou brevidade absolutas, sem referencia a um caso dado, não tem importancia quanto á sua influencia sobre a mortalidade; que desta se pode ajuizar pela natureza do caso, e que a extensão do golpe, em relação a qualquer caso particular, exerce um effeito importante por causa das suas consequencias secundarias. O tamanho do tumor tambem tem consideravel influencia na mortalidade. O mesmo succede a respeito do modo de proceder em relação ao pediculo. Assim, quando este pode ser mantido fora, é mais bem succedida a operação do que quando elle é deixado no interior do abdomen, posto que, na verdade, Tyler Smith tenha colhido muito bons resultados em seguir este ultimo plano. O uso do perchlorureto de ferro na pratica de alguns cirurgiões, como desinfectante e como hemostatico, parece ter sido proveitoso.

As ADHERENCIAS encontram-se muitas vezes, e complicam muito a operação, alem de contribuirem muito para a sua mortalidade. As parietaes são compativamente pouco importantes, e podem ser dilaceradas até com força consideravel, ou divididas. As adherencias visceraes, pelo contrario, são motivo de inquietação, e não é prudente empregar muita força em destruil-as. Devem ser sempre examinadas com muito cuidado, com recêio de hemorrhagia, com particularidade as do epiploon; e antes de se dividirem devem ser ligadas com linha delgada, a qual, aparadas as pontas, pode ficar dentro; ou talvez seja ainda melhor dividil-as com o cauterio actual. Com as adherencias fibrosas fortes se procederá do mesmo modo. Ha uma forma de adherencia parietal em que se encontra união firme e compacta entre o kysto e a membrana peritoneal, privando assim o cirurgião de guia para a profundidade da sua incisão abdominal, que é a superficie macia e lustrosa do peritoneu, o que pode induzir o cirurgião ao erro fatal de separar esta membrana das suas relações, caso não esteja de sobre aviso. Este accidente pode, todavia, ser evitado extendendo-se a incisão abdominal para cima, até se distinguir claramente a linha divisoria entre o kysto e a folha parietal de peritoneu.

Conclusões.

Vê-se das considerações precedentes, que são mais funestas as operações incompletas do que as completas, entretanto que o são menos as abandonadas por motivo de erro de diagnostico, ou de alguma difficuldade imprevista; que o bom resultado é em relação ao estado da doente; que a operação é mais feliz nos verdes annos, do que na edade madura, e que entre os 45 e os 50 annos,

quando teem cessado as funcções do ovario, sem que a fraqueza da edade tenha apparecido, ella é tão bem succedida como em qualquer outra epocha; que quanto mais simples for a natureza do tumor, mais segura será a operação, e os seus perigos serão em proporção da solidez do tumor, e do numero das puncturas que se houverem praticado; que as adherencias, especialmente as visceraes e pelvianas, constituem uma complicação seria. De 100 tumores do ovario, 9 são monocysticos, 9 dermoides, 18 cancerosos, e 64 polycysticos, ou compostos. 53 por cento dos casos referidos são do lado esquerdo, 29 do direito, e só 17 de ambos os lados. Os kystos simples do ovario são rara vez duplos, e quando existem de ambos os lados são, na maioria dos casos, cancerosos, colloides, ou da categoria dos solidos. Cerca de 70 por cento dos casos ocorrem em mulheres casadas. A molestia é mais frequente entre os 20 e os 40 annos de edade, isto é, durante o vigor da vida sexual. Na especie monocystica ha maior tendencia a terminar por ulceração para dentro dos intestinos do que nas outras formas. Nos tumores dermoides é maior a disposição para a ruptura. As adherencias parietaes e epiploicas são 45 por cento mais frequentes depois de se ter empregado a punctura.

PROPOSIÇÕES

Physica.

O volume de um gaz ou o espaço que elle occupa, depende da pressão exercida sobre elle.

Chimica.

O chloro, o bromo, o iodo e o fluor são notaveis na sua affinidade para o hydrogenio, com o qual formam acidos, e tambem por formarem saes por sua união com os metaes.

Chimica organica.

As gorduras neutras podem ser consideradas uma especie de sal em que a glycerina representa o papel de base.

Anatomia.

Os corpusculos de Malpighi, no rim, estão suspensos nas subdivisões da arteria renal, e constam de tenues ramificações da arteria, as quaes vão dar a uma tenue veia que, de ordinario, emerge do corpusculo no mesmo ponto em que entra n'elle a arteria, formando, d'esta sorte, no rim, uma circulação analoga á da veia porta.

Anatomia geral.

Os nervos cerebro-espinhaes são compostos de numerosos feixes de tubulos nervosos, que constam de uma simples membrana diaphana, que encerra a substancia nervosa propriamente dita, a qual consiste em uma materia transparente, á similhança de oleo, e homogenea em apparencia.

Anatomia pathologica.

O arco senil é devido a uma verdadeira degeneração gordurosa da cornea, e consiste no accumulo de tenuissimas gottas de oleo em seu tecido proprio.

Physiologia.

O calor animal é uma verdadeira combustão effeituada na economia, devida á

união, nos pulmões e nos capillares, do oxigenio com o carbono e o hydrogenio derivados dos alimentos, á formação de agua e acido carbonico, e é na razão directa da acividade respiratoria.

Pathologia interna.

A presença de albumina nas urinas é ponto capital de diagnostico na degeneração gordurosa dos rins.

Pathologia externa.

A ausencia de crepitação não prova necessariamente a não-exsistencia de fractura.

Pathologia geral.

Ha na pneumonia notavel ausencia de chloruretos nas urinas.

Partos.

Na placenta previa a hemorrhagia provem dos vasos utero-placentarios ao longo da linha de separação da placenta.

Medicina operatoria.

O melhor tratamento dos tumores hemorrhoidaes consiste em ligal-os fortemente com fio de seda.

Therapeutica.

A strychnina actua como estimulante da medulla espinhal, pelo que é muito proveitosa na paralysia, especialmente chronica.

Hygiene.

Boa ventilação e asseio são as duas principaes condições hygienicas.

Medicina legal.

Se uma criança nasceu viva, flucturão n'agua os seus pulmões, estarão cobertos de numerosas manchas vermelhas, e verterão sangue quando talhados.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I.

Ubi somnus delirium sedat, bonum.

(Lib. 2. Aph. 2.)

II.

Si rigor incidat febri non intermittenti, debili jam existente ægro, læthale.

(Lib. 4. Aph. 46.)

III.

Si mulieri prægnanti erysipelas in utero fiat, læthale.

(Lib. 5. Aph. 43.)

IV.

In acutis affectionibus, quæ cum febre sunt, luctuosæ respirationes, malæ.

(Lib. 6. Aph. 54.)

V.

In morbis acutis extremarum partium frigus, malum.

(Lib. 7. Aph. 1.)

VI.

Á sanguinis fluxu delirium, aut etiam convultio, malum.

(Lib. 7. Aph. 9.)

Remettida á Commissão Revisora. Bahia e Faculdade de Medicina 20 de Abril de 1868.

Dr. Gaspar.

Esta these está conforme aos Estatutos. Bahia 21 de Abril de 1868.

Dr. V. C. Damasio.

Valle Junior.

Martins.

Imprima-se. Bahia e Faculdade de Medicina 21 de Abril de 1868.

Dr. Baptista.